



CHAMADA ABERTA

rips.unisc

rips.unisc@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/rips.v8i2.19793>

ARTIGO DE REVISÃO

ESTRATÉGIAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ESTADOS DO NORDESTE

*Strategies for control and prevention of chronic non-communicable diseases in northeast states**Estrategias para el control y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en los estados del noreste*Israel Marques Campos^{1,2} Beatriz de Oliveira Silva² Samile Moreira Ferreira² Vilma Macedo Dias² ¹Universidade Federal da Bahia; ²Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Autor correspondente: Israel Marques Campos - isracamposedh@gmail.com

RESUMO

Introdução: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) são um dos principais desafios de saúde pública no Brasil, sendo responsáveis por cerca de 74% das mortes, segundo a Organização Mundial da Saúde. No Nordeste, essa realidade se agrava devido à desigualdade socioeconômica, dificuldades no acesso à saúde e maior exposição a determinantes sociais, como subemprego e moradia precária. Nesse contexto, políticas públicas de promoção da saúde são essenciais para a prevenção e o controle dessas doenças. **Objetivos:** Analisar a implementação, os desafios e os impactos dos programas HIPERDIA, Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde (PAS) na prevenção das DCNTs e na promoção da saúde no Nordeste do Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão narrativa da literatura, realizada nas bases SciELO, LILACS e BVS, além da análise de documentos oficiais. Foram utilizados descritores como "doenças crônicas", "promoção da saúde", "políticas públicas" e "Nordeste", considerando estudos publicados entre 2014 e 2024. A análise ocorreu qualitativamente por categorização temática. **Resultados:** A pesquisa evidenciou que as políticas públicas de promoção à saúde colaboram significativamente para o combate das DCNTs e para melhoria da qualidade de vida da população Nordestina, porém encontrou-se inúmeros desafios que impedem o maior alcance dessas estratégias. **Considerações finais:** as evidências encontradas denotam a necessidade do Estado efetivar medidas concretas referente a melhoria das estratégias analisadas, sendo fundamental o aumento dos recursos financeiros investidos nesses programas públicos visando o aprimoramento e a plena efetividade dos mesmos.

Palavras-chaves: Doenças crônicas; promoção da saúde; políticas públicas; Nordeste.

ABSTRACT

Introduction: Chronic Non-Communicable Diseases (CNCs) are one of the main public health challenges in Brazil, accounting for around 74% of deaths, according to the World Health Organization. In the Northeast, this reality is exacerbated by socioeconomic inequality, difficulties in accessing healthcare and greater exposure to social determinants such as underemployment and poor housing. In this context, public health promotion policies are essential for the prevention and control of these diseases. **Objectives:** To analyze the implementation, challenges and impacts of the HIPERDIA, Health at School (PSE) and Health Academy (PAS) programs on the prevention of CNCs and health promotion in the Northeast of Brazil. **Methodology:** This is a narrative literature review, carried out on the SciELO, LILACS and VHL databases, as well as analyzing official documents. Descriptors such as "chronic diseases", "health promotion", "public policies" and "Northeast" were used, considering studies published between 2014 and 2024. The analysis took place qualitatively by thematic categorization. **Results:** The research showed that public health promotion policies collaborate significantly in combating CNCs and improving the quality of life of the Northeastern population, but numerous challenges were found that prevent these strategies from reaching greater heights. **Final considerations:** the evidence found indicates the need for the state to take concrete measures to improve the strategies analyzed, and it is essential to increase the financial resources invested in these public programs in order to improve them and make them fully effective.

Keywords: Chronic diseases; health promotion; public policies; North East.

RESUMEN

Introducción: Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son uno de los principales desafíos de salud pública en Brasil, siendo responsables de cerca del 74% de las muertes, según la Organización Mundial de la Salud. En el Nordeste, esta realidad se ve agravada por la desigualdad socioeconómica, las dificultades de acceso a la atención sanitaria y la mayor exposición a determinantes sociales como el subempleo y la vivienda precaria. En este contexto, las políticas de promoción de la salud pública son esenciales para la prevención y el control de estas enfermedades. **Objetivos:** Analizar la implementación, los desafíos y los impactos de los programas HIPERDIA, Salud en la Escuela (PSE) y Academia de Salud (PAS) en la prevención de las ECNT y en la promoción de la salud en el nordeste de Brasil. **Metodología:** Se trata de una revisión narrativa de la literatura, realizada en las bases de datos SciELO, LILACS y BVS, además de analizar documentos oficiales. Se utilizaron descriptores como «enfermedades crónicas», «promoción de la salud», «políticas públicas» y «Nordeste», considerando estudios publicados entre 2014 y 2024. El análisis se realizó cualitativamente por categorización temática. **Resultados:** La investigación demostró que las políticas públicas de promoción de la salud colaboran significativamente para combatir las ENT y mejorar la calidad de vida de la población nordestina, pero se encontraron numerosos desafíos que impiden que estas estrategias se realicen más ampliamente. **Consideraciones finales:** las evidencias encontradas muestran que el Estado necesita tomar medidas concretas para mejorar las estrategias analizadas, y que es esencial aumentar los recursos financieros invertidos en estos programas públicos para mejorarlos y hacerlos plenamente eficaces.

Palabras clave: Enfermedades crónicas; promoción de la salud; políticas públicas; Noreste.



INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) são caracterizadas por terem progressão lenta, gradual e silenciosa, assim como por seus múltiplos fatores de riscos, entre os quais se destacam aqueles relacionados ao comportamento: a má alimentação, a inatividade física, o consumo abusivo de álcool e o tabagismo. Entre os principais grupos de doenças, destacam-se as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, diabetes e neoplasias.¹

De acordo com o relatório “Números invisíveis”,² da Organização Mundial de Saúde, anualmente 74% de todas as mortes no mundo são causadas pelas DCNT's, sendo que a maioria desses óbitos ocorrem em países de baixa e média renda devido às desigualdades socioeconômicas. Por conseguinte, os grupos em situação de vulnerabilidade social são expostos a maiores riscos de desenvolver tais doenças, tendo em vista que esses indivíduos residem em áreas com menor acesso à saúde, além de enfrentarem situações estressantes, como o subemprego, as condições precárias de moradia e a violência.² Por consequência, a saúde se torna uma preocupação secundária diante das carências externas que ameaçam a sobrevivência desses grupos.

Em consonância com o cenário global, o Brasil apresentou uma taxa de óbitos por DCNTs igual a 75% entre os anos de 2020 e 2022.³ Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, em relação ao diagnóstico médico autorreferido de pelo menos uma Doença Crônica Não Transmissível, o Nordeste apresentou um percentual de 47,6% no ano de 2019.⁴

Ademais, estudos revelam que as regiões Sudeste e Sul apresentaram em 2019 as maiores taxas de diagnóstico de pelo menos uma das DCNTs. Entretanto, isso pode estar relacionado ao maior acesso desses grupos populares a serviços de saúde públicos e/ou privados.⁴ Essa afirmação é confirmada por trabalhos realizados no Nordeste, os quais revelam a subnotificação e a ausência de cadastramento dos portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus, o que dificulta a análise do contexto de saúde da região.^{5,6} Justifica-se, dessa forma, a necessidade de analisar a implementação das estratégias de saúde no território nordestino, haja vista a escassez de estudos que avaliem o funcionamento dos programas nesta região. Além disso, nota-se a relevância dos programas citados dentro das Redes de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas.^{1,7}

Portanto, o objetivo deste estudo é analisar a implementação, os desafios e os impactos dos programas HIPERDIA, Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde (PAS) na prevenção das DCNTs e na promoção da saúde no Nordeste do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa de caráter exploratório, cujo objetivo é analisar e discutir as estratégias de saúde voltadas para as DCNTs no Nordeste. A pesquisa foi guiada pelos questionamentos: "Quais estratégias de saúde para as DCNTs são realizadas no Nordeste? Como elas são executadas?". Para responder a essas questões, foram analisados documentos do Ministério da Saúde, incluindo diretrizes, metas e estratégias para a prevenção das DCNTs, além de boletins epidemiológicos, que forneceram dados sobre a incidência e os desafios no controle dessas doenças. Com base nesses princípios, foram selecionados três programas nacionais: Hipertensão, Programa Saúde na Escola (PSE) e Programa Academia da Saúde (PAS).

Em seguida, investigou-se a implementação e o funcionamento dessas estratégias no Nordeste. A busca por publicações ocorreu entre abril e maio de 2024, nas bases Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os descritores “Doenças crônicas”, “Promoção da Saúde”, “Políticas públicas” e “Nordeste”. Foram incluídos artigos publicados entre 2014 e 2024, no idioma português, disponíveis na íntegra e classificados como

artigo original, revisão de literatura ou relato de experiência. Excluíram-se estudos incompletos, indisponíveis online, duplicados ou que não se enquadrassem nos critérios de inclusão.

A partir dos descritores, 110 artigos foram pré-selecionados. Após leitura dos resumos, 50 foram analisados na íntegra, juntamente com os documentos governamentais - incluindo portarias, diretrizes do Ministério da Saúde, boletins epidemiológicos e estatísticas do IBGE- e sistematizados qualitativamente por meio de categorização temática, identificando desafios, impactos e limitações dos programas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

REDES DE ATENÇÃO

Em face das mudanças socioeconômicas no Brasil, os óbitos por doenças do coração e dos vasos sanguíneos, tais como infarto agudo do miocárdio, morte súbita e acidente vascular cerebral, já na década de 80, eram prevalentes sob a população brasileira. Nessa época, as doenças infecciosas e parasitárias recebiam maior atenção, sendo fortemente combatidas pelas políticas públicas de controle, a exemplo a vacinação. Tal fenômeno é conhecido por *Transição Epidemiológica*, a qual consiste na mudança no perfil das causas de morbimortalidade nos países em desenvolvimento, que passam a ser decorrentes de condições crônicas, como obesidade, diabetes e hipertensão.

A priori, o reconhecimento da situação de saúde de uma comunidade é parte indispensável para a devida assistência às condições crônicas, uma vez que através da compreensão da realidade das populações, bem como de suas necessidades, é possível articular de forma eficiente e eficaz os mecanismos de controle e prevenção de doenças e promoção da saúde. Todavia, para além do processo de territorialização, faz-se necessário a articulação de estratégias de saúde no modelo de Redes de Atenção, já que a prevalente fragmentação do sistema de saúde é um dos causadores da assistência focada apenas na agudização dos quadros clínicos de pacientes com diabetes, hipertensão arterial, Doenças coronarianas e demais DCNT's.¹

A fim de solucionar os entraves sociais e orçamentários impostos pelo modelo fragmentado de assistência à saúde, estabeleceu-se as Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio da Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qual estabelece as Diretrizes da Organização das Redes de Atenção à Saúde cujo objetivo é promover a articulação sistêmica dos serviços de saúde desde o nível primário até o hospitalar/ambulatorial.

Mediante isso, a organização em Rede segue o modelo apresentado por Mendes,⁸ intitulado Modelo de Atenção às Condições Crônicas de Saúde (MACC), que considera o modelo da pirâmide de risco, o qual estratifica a população em subgrupos segundo a prevalência de fatores de riscos e condições de saúde já instaladas; o modelo de determinação social da Saúde de Dahlgren e Whitehead e o modelo de atenção à condições crônicas cujos serviços são separados em cinco níveis de intervenção correspondentes a ações de prevenção, promoção e gestão clínica.⁹

No primeiro nível, está a população geral, no qual as estratégias aplicadas devem ser relacionadas à promoção da saúde. Já no segundo nível, tem-se grupos populares submetidos a fatores de risco, como obesidade, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Assim, ações nessa esfera são de prevenção, com incentivos ao autocuidado. Quanto ao terceiro nível, as ações de saúde são voltadas para os grupos de pessoas que já possuem alguma das doenças crônicas. Desse modo, o trabalho em saúde é direcionado para consultas e autocuidado segundo a estratificação dos riscos. Por fim, o quarto e o quinto nível são os mais delicados, dado que, os indivíduos para eles considerados além de apresentarem um quadro clínico positivo para uma ou mais doenças crônicas, também são afetados por complicações, como amputações, infartos e Acidente Vascular Cerebral.¹

Dentro das redes, a Atenção Primária assume o papel de coordenadora das ações de saúde, pois é esperado que por meio dela, a pessoa usuária do sistema de saúde estabeleça o primeiro contato com os serviços.⁸ Todavia, a lógica reacionária que impera não apenas na saúde pública, mas também na procura da população pelos serviços, sobrecarrega os setores de atendimento, sobretudo a atenção hospitalar.¹⁰ Logo, as estratégias de saúde se tornam decisivas para modificar esse modelo de atendimento focado apenas na doença e em suas complicações.

Tendo isso em vista, o presente estudo buscou avaliar algumas estratégias de saúde implementadas dentro do sistema de redes de atenção às pessoas com doenças crônicas no Nordeste brasileiro. Para isso, foi analisado o PSE e o PAS, citados nas “Diretrizes para cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritários”,¹ como ações significativas no cenário nacional.

Além do programa supracitado, O Programa de Cadastramento e Acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e Diabetes – Hiperdia – se mostrou, nos artigos analisados, como uma importante estratégia de combate a esses agravos e às demais doenças crônicas, dado que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes *Mellitus* (DM) são condições de risco para outros quadros de cronicidade, como também geram o maior índice de invalidez.

PROGRAMA HIPERDIA

No Brasil, percebe-se a prevalência da HAS que atinge cerca de 36 milhões de adultos, sendo o maior fator de risco para lesões cardíacas e cerebrovasculares, como também é a terceira maior causa de invalidez.¹¹ O quadro clínico dessa doença consiste na elevação persistente da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e/ou da Pressão Arterial Diastólica (PAD), as quais assumem, respectivamente, valores iguais ou superiores a 140 mmHg e 90 mmHg, quando medidas em, no mínimo, duas ocasiões diferentes sem o uso de anti-hipertensivo.¹²

O perfil de cronicidade da HAS evolui gradualmente de forma assintomática e possui múltiplos fatores de risco, uma vez que depende de questões genéticas, ambientais e comportamentais. Além disso, a HAS é uma das condições para o desenvolvimento de outras afecções crônicas, como Doença Cardiovascular (DCV), Doença Renal Crônica (DRC) e Acidente Vascular Cerebral (AVC), pois acomete, progressivamente, o coração, os rins e o cérebro.¹¹

Já a DM é uma síndrome decorrente da produção inadequada de insulina e/ou da incapacidade desse hormônio exercer seu papel. A DM é caracterizada pelo quadro de hiperglicemia crônica, que causa distúrbios no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas.¹³ Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, essa enfermidade já atingia 12,5 milhões de brasileiros em 2017. Esse número já ultrapassa a estimativa do Ministério da Saúde que previa para 2025 um número de 11 milhões de brasileiros portadores de diabetes.¹⁶

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou a Portaria N°235 que estabeleceu o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (PNHD) ou Hiperdia cujo objetivo é a melhoria da qualidade de vida, a partir da remodelação da assistência aos hipertensos e diabéticos, a fim de controlar os sintomas, prevenir complicações e promover a saúde. Esse plano direciona os profissionais da atenção básica (Enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários e médicos) para os cuidados com portadores de HAS e DM.¹³

Assim, por meio desse projeto, indivíduos portadores das referidas condições de saúde passam a ser acompanhados pelas equipes multiprofissionais, as quais devem utilizar como métodos de intervenção as consultas individuais e coletivas, os grupos terapêuticos, o aconselhamento e a dispensação de medicação. Com essas medidas, busca-se envolver o paciente no processo de promoção do bem-estar, bem como tratar a condição crônica, incentivando a postura protagonista e ativa nos cuidados com a saúde.¹⁴

No projeto intitulado Qualifica Hiperdia, Silva et al.⁶ relata a implementação de ações voltadas à melhoria do Hiperdia em uma unidade básica de saúde no município de Mossoró. Durante os meses de vigência, a equipe de pesquisadores juntamente a equipe multiprofissional de saúde desenvolveram cartões de monitoramento e acompanhamento das pessoas da comunidade, solicitação de consultas médicas e encaminhamento para nutricionistas. Ao final do projeto, constatou-se um aumento na quantidade de indivíduos cadastrados na Unidade Básica de Saúde (UBS), bem como foi possível identificar o retorno dos pacientes à UBS. Isso revela o potencial das estratégias para estreitar os laços entre os usuários do sistema e os profissionais de saúde.

Outro relato de experiência realizado no estado de Pernambuco, registrou os benefícios da implementação de um grupo Hiperdia cujo encontros semanais contaram com a participação de 192 indivíduos portadores de hipertensão e/ou diabetes. As ações foram divididas entre ações educativas voltadas para promoção da saúde e ações de proteção específicas, com a finalidade de controlar e estimular a autogestão das patologias. Como resultado das palestras sobre práticas de atividades físicas, houve a criação de um grupo de caminhada de idosos apoiado pela academia local. Tal projeto contou com boa adesão da comunidade.¹⁵

Além dessas ações, foi observado a importância dos sistemas logísticos, que correspondem não apenas às formas de articulação dos pontos de atenção à saúde, mas também aos sistemas de informação/vigilância, os quais conduzem o planejamento das estratégias de saúde.¹ Desse modo, o SIS-Hiperdia surgiu dentro do contexto do Hiperdia como um sistema essencial para catalogação dos dados clínicos dos pacientes, fornecidos pelas secretarias municipais de saúde e disponibilizados no site do DataSUS Brasil para acesso público.

Acerca do SIS-Hiperdia, um estudo de avaliação realizado no estado da Bahia por Rezende e Souza,¹⁶ observou o grau de implementação do SIS-Hiperdia em 117 municípios. Os autores avaliaram esse sistema com base em três componentes: gerenciamento do cadastro/acompanhamento, gerenciamento de informação e gerenciamento de informatização. Percebeu-se que dos 117 municípios que aceitaram participar da pesquisa 51 possuíam o sistema implantado, 60 parcialmente implantado e 6 não implantado.

Também, notou-se a alta rotatividade dos profissionais e a ausência de coordenadores municipais específicos para o SIS-Hiperdia. Entre as dificuldades encontradas, destaca-se a falta de equipamento básico de informática e de padronização no preenchimento das fichas, como também a fragilidade na conectividade com a internet¹⁶. O estudo pontua que apesar da implantação do Programa Hiperdia, alguns municípios não faziam uso do sistema de cadastramento. Impasses similares foram notados por Correia et al.¹⁷, em um estudo descritivo a respeito dos dados cadastrados no sistema Hiperdia nos municípios do estado de Alagoas.

Além disso, Rezende e Souza revelaram o déficit na capacitação profissional para análise crítica e exportação dos dados clínicos, bem como para o preenchimento das fichas de acompanhamento.¹⁶ Essa carência de capacitação profissional, também se mostrou um desafio no município de Caxias-MA, no qual constatou-se um distanciamento entre as atividades realizadas pelos profissionais e os protocolos do Hiperdia.⁵

De acordo com a pesquisa avaliativa de Carvalho Filha et al.,⁵ nos municípios maranhenses, a implantação do Hiperdia correspondia a 99%, embora 21,9% desses não apresentassem os dados para notificação. Esse mesmo estudo, também destacou as atividades realizadas no território em questão, sendo elas: atividades educativas em saúde, orientação sobre os fatores de risco da HAS e da DM, a prescrição de medicamentos, a solicitação de exames, a observação do comparecimento à consultas médicas, o encaminhamento aos serviços de referência e a verificação de Pressão arterial, de medidas antropométricas e da glicemia.

Apesar da realização dessas ações, Carvalho Filha et al.⁵ destaca:

Observou-se que as ações realizadas distanciam-se do que é indicado nos protocolos do HiperDia, fato que demonstra o desconhecimento desses profissionais acerca das normas e rotinas, a

resistência a realizá-las e/ ou a não percepção de sua importância, embora seja disponibilizado material impresso, distribuído em todas as UBS do município, anualmente, conforme a Coordenação da Atenção Básica.(p.270)

Em uma avaliação da perspectiva dos profissionais da saúde no estado da Bahia, o Hiperdia foi visto como benéfico, já que permite o rastreamento das populações acometidas por HAS e DM, de forma que complicações como retinopatia, neuropatia, hipoglicemia e cetoacidose sejam evitadas.¹⁸ Apesar dos grupos Hiperdia terem se mostrado muito eficientes para o tratamento, promoção da saúde e entrosamento das comunidades analisadas em Anagé-BA, o estudo de Rocha et al.¹⁸ pontua os dificultadores do funcionamento do Hiperdia, entre os quais se destacam a sobrecarga das equipes, decorrente da falta de profissionais e a carência de medicamentos.

Além disso, essa pesquisa identificou a dificuldade de adesão dos usuários às mudanças no estilo de vida.¹⁸ Isso provavelmente se relaciona a questões como acesso a ambientes que estimulem a prática de atividades físicas e, também, a desigualdade socioeconômica. Portanto, sugere-se a realização de mais estudos que busquem compreender como os contextos socioeconômicos afetam a saúde das populações nordestinas, sobretudo aquelas que vivem em situação de vulnerabilidade.

Diante do exposto, o presente trabalho ressalta a necessidade de serem feitos mais estudos sobre as estratégias de controle e prevenção da HAS e da DM no Nordeste do Brasil, para que compreenda-se com clareza as carências da região, de forma que seja possível criar políticas públicas eficientes e eficazes. Ademais, sugere-se também a criação de cursos de capacitação para as equipes multiprofissionais atuantes no Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de prepará-las para o enfrentamento e cuidado com os quadros de HAS e de DM. Com isso, busca-se proporcionar um melhor funcionamento das ações do Hiperdia no território nordestino e, principalmente, proporcionar bem-estar e qualidade de vida às populações dessa região.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

O Programa Saúde na Escola é uma das principais políticas públicas de promoção à saúde escolar, tendo sido criado por meio do Decreto Presidencial nº 6.286 promulgado em 05 de dezembro de 2007. Assim, tal programa se constitui como uma estratégia intersetorial desenvolvida pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (ME), que visa a prevenção de doenças e agravos, e a promoção da saúde dos estudantes da rede pública de educação básica.¹⁹

Sendo assim, suas ações primordiais estruturam-se em 5 componentes:

- I - tem como objetivo a avaliação das condições de saúde;
- II- trata da promoção da saúde e prevenção de doenças;
- III- foca na educação permanente e na capacitação dos profissionais da educação e da saúde, além de contribuir na formação de jovens protagonistas;
- IV- centra-se no monitoramento e na avaliação da saúde dos escolares;
- V- tem como finalidade o monitoramento e avaliação do PSE.

Nesse sentido, todos esses componentes visam trabalhar a formação integral dos escolares.¹⁹

Segundo Brasil,¹⁹ serão desenvolvidas ações de educação e saúde dentro dos limites territoriais estabelecidos com base na área de atuação da Estratégia Saúde da Família. Esta ação facilitará a criação de vínculos entre os estabelecimentos públicos de saúde e educação, incluindo escolas, postos de saúde e espaços de recreação, como praças e ginásios esportivos, entre outros locais.

Paralelamente, o PSE possui extrema relevância no combate às DCNTs, e apesar de não ser citado pelo Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 (DANT) como uma das medidas

estratégicas, as ações executadas no programa estão alinhadas com as ações de promoção e prevenção da saúde previstas no Plano Dant.

Através das atividades do programa, os estudantes são conscientizados sobre a importância da adoção de uma rotina de vida saudável, tendo como destaque, a educação em saúde associada à prevenção dos fatores de risco, tais como consumo excessivo de frituras e alimentos ultraprocessados, tabagismo, inatividade física, obesidade, consumo nocivo de álcool e outras drogas. Ademais, a realização de avaliações clínicas possibilita o reconhecimento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde, contribuindo para o tratamento e controle de DCNTs.

Além disso, os conhecimentos adquiridos no projeto podem ser compartilhados com familiares e amigos do estudante e até mesmo com a comunidade, o que resultaria na ampliação e co-construção de saberes, gerando maiores impactos na prevenção das DCNTs. Entretanto, apesar do PSE proporcionar inúmeros benefícios, ainda são necessárias diversas melhorias para que o programa possa ser desenvolvido em sua totalidade.

Um estudo conduzido por Medeiros et al.²⁰ avaliou as facilidades e dificuldades na implantação do PSE em um município de Natal, capital do Rio Grande do Norte, situado no Nordeste do Brasil. Como principais pontos positivos, os profissionais atuantes no PSE apontaram a articulação intersetorial, referindo-se à participação dos setores da educação e da saúde na execução das atividades, a satisfação em realizar as ações do programa e a possibilidade de continuidade dos cuidados com os estudantes fora do ambiente escolar.

Dentre as diversas fragilidades que se mostraram um obstáculo para a plena execução do programa, destacou-se como mais relevante a escassez de recursos financeiros, materiais e infraestruturais, os quais interferem na regularidade das ações do PSE e no desempenho dos profissionais envolvidos. Assim, para solucionar essa questão, seria indispensável a destinação de mais recursos materiais e investimentos governamentais direcionados ao PSE como forma de contribuir para o desenvolvimento do programa.

Outrossim, a falta de articulação e de um compartilhamento efetivo de responsabilidades entre os profissionais das áreas de saúde e educação durante as reuniões de planejamento do PSE foi outra vulnerabilidade destacada pelo estudo. Nesse sentido, percebeu-se que os profissionais da educação possuem uma participação periférica no planejamento e desenvolvimento das atividades podendo acarretar na restrição da potencialidade do programa, sendo necessário para maiores resultados a contribuição de ambas as partes (profissionais de saúde e educação) em todas as etapas de construção das ações do programa. Outros problemas observados no estudo foram a precariedade na capacitação dos profissionais atuantes e a sobrecarga de trabalho, dificultando o desempenho das atividades, este problema também foi identificado em todas as regiões brasileiras.²⁰

Ademais, de acordo com Santos et al.²¹, os profissionais da educação tendem a atribuir as responsabilidades do programa às equipes de saúde, baseados na ideia limitante de que os temas relacionados à saúde dos alunos são de responsabilidade única dos profissionais dessa área, provavelmente tal pensamento é fruto da carência na formação e preparação dos profissionais de educação para lidar com questões de saúde. Além disso, outro fator que pode influenciar as dificuldades relacionadas à colaboração das escolas é a preocupação de que o calendário escolar seja prejudicado devido às ações do programa, gerando assim o desinteresse dos docentes sobre a temática.

No estudo realizado em Vitória de Santo Antão, município do estado de Pernambuco, em 2016,²² foi constatado que o alcance ativo do PSE na área urbana foi maior que na área rural. No que diz respeito às ações do componente II do PSE, os temas de promoção da alimentação saudável e segurança alimentar foram implementados em todas as localizações, enquanto a saúde mental foi abordada tanto em escolas urbanas quanto rurais. De forma contrária, temáticas de saúde e prevenção com ênfase em doenças sexualmente transmissíveis foram abordadas em algumas instituições de nível estadual. As atividades voltadas à promoção da

cultura de paz e direitos humanos, assim como a prevenção do uso de álcool e outras drogas ocorreram apenas em escolas da zona urbana. Ações de saúde bucal e de detecção precoce de HAS, referentes ao componente I foram realizadas apenas no âmbito urbano.²²

Esses resultados indicam a existência de disparidades regionais no alcance e realização do PSE, com maior concentração de ações na zona urbana em comparação com a área rural do município. Para atender de forma mais eficaz os estudantes, os profissionais do PSE devem adaptar as ações às necessidades específicas de cada localidade, considerando as particularidades de cada região, garantindo assim a equidade no acesso aos serviços de saúde escolar.²²

A pesquisa realizada por Medeiros et al.²³, teve como objetivo analisar a associação das atividades dos componentes I e II do PSE com sua localização territorial, categoria e qualificação profissional. Os resultados obtidos destacaram que as atividades mais frequentes estavam relacionadas ao componente de avaliação clínica, sendo influenciadas pelas necessidades territoriais, pelos profissionais de saúde e pela gestão do programa.

Com base nos dados coletados por Medeiros et al.²³, compreendeu-se que a avaliação da saúde bucal foi a ação mais frequente, realizada por aproximadamente 50,5% dos participantes, seguida pela avaliação antropométrica, realizada por cerca de 39% dos participantes, e pela avaliação da situação vacinal, realizada por cerca de 35,2% dos participantes. A pesquisa observou que a avaliação psicossocial e o incentivo à saúde são aspectos menos explorados no PSE, sinalizando a carência de um foco ampliado nestas áreas, em particular a saúde mental dos adolescentes.²³

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) realizada em 2019,²⁴ ao avaliar a saúde de adolescentes entre 13 a 17 anos, frequentando desde o 7º ano do Ensino Fundamental até a 3ª série do Ensino Médio em escolas públicas e privadas, constatou-se que 61,8% desses estudantes foram especificados como insuficientemente ativos fisicamente. Isso indica que esses alunos investem de 1 a 299 min/sem para a prática de atividades físicas. Além disso, 8,7% foram classificados como inativos, o que infere que esses estudantes não investem qualquer tempo para a realização de atividades físicas. Portanto, é fundamental incentivar a prática regular de atividade física nas escolas por meio das aulas de educação física, visto que garante inúmeros benefícios tanto para a saúde física quanto para a saúde mental dos alunos, motivando neles o hábito de serem pessoas mais ativas.

Outro ponto crucial é a promoção de uma alimentação saudável, que pode ser alcançada incentivando o aumento do consumo de verduras e frutas, visto que, crianças e jovens possuem tendência a consumir alimentos fritos e ultraprocessados, hábito que é potencialmente nocivo à saúde e pode acarretar em diversos problemas, sendo um deles a obesidade. Segundo o relatório divulgado pelo Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional, que contém os dados coletados na APS, foi constatado que até a metade do mês de setembro de 2022 mais de 340 mil crianças na faixa etária de 5 a 10 anos, receberam diagnóstico de obesidade.²⁵ Assim, é urgente e necessário implementar ações eficazes para alterar esse cenário. Para obter melhores resultados, os profissionais de saúde e educação poderiam compartilhar as diretrizes apresentadas no Guia Alimentar para a População Brasileira com os responsáveis dos alunos, uma vez transmitidas, estas orientações poderiam contribuir significativamente para a PS e prevenção da obesidade infantil.

Por conseguinte, é necessário aumentar a conscientização sobre o uso nocivo do álcool, cigarro e outras drogas, especialmente para o público adolescente, já que o uso dessas substâncias por tempo prolongado, principalmente quando se inicia o uso precocemente, causam danos irreparáveis à saúde, sendo prováveis fatores de risco para desenvolvimento de doenças cardiorrespiratórias, podendo inclusive, levar à morte.

Nesse viés, para aprimorar o programa é imprescindível levar em conta tais questões significativas, incorporando-as de maneira mais extensa, com o objetivo de suprir as demandas de saúde dos alunos de uma maneira abrangente e eficiente.

PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

O Programa Academia da Saúde elaborado pelo ministério da saúde em 07 de abril de 2011, pela portaria 719/GM/MS e redefinido em 07 de novembro de 2013, pela portaria n° 2681, na qual configura-se como uma política pública no contexto do Sistema único de saúde (SUS),²⁶ apresentando-se como uma estratégia de promoção da saúde, que visa a prevenção de Doenças crônicas não transmissíveis, por intermédio da implantação de polos, com espaços públicos destinado às atividades do programa, com a intenção de que a população tenha o livre acesso a equipamentos e profissionais de diversas áreas.

O PAS é estruturado por diretrizes que orientam as atividades desenvolvidas nos polos, tais como: Práticas corporais e atividades físicas; Promoção da alimentação saudável; Mobilização da comunidade; Educação em saúde; Práticas artísticas e culturais; Produção do cuidado e de modos de vidas saudáveis; Práticas integrativas e complementares; Planejamento e gestão.²⁶ Assim, tais eixos estão nivelados com as ações de promoção da saúde, visando promover qualidade de vida e prevenção de forma integrada e inclusiva.

Conforme Brasil,²⁶ a Atenção Básica (AB) consiste em um conjunto de ações de saúde, no contexto individual, familiar e coletivo, que incluem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Dessa maneira, é significativo pontuar que o PAS integra a rede de serviços da AB, fundamentando suas ações sob a perspectiva do cuidado integral, visando compreender como os aspectos que estão interconectados, bem como, as condições socioeconômicas, políticas e culturais do indivíduo podem impactar significativamente na saúde, e qual a melhor maneira de minimizar ou extinguir esses efeitos.

Posto isto, as principais atividades desenvolvidas nas estruturas do programa com a finalidade de promover a prevenção dos fatores de risco e adotar um estilo de vida mais ativo e saudável, são: As atividades físicas/corporais feitas por meio de estruturas e equipamentos específicos para a prática de atividades individuais e coletivas, direcionada por profissionais qualificados disponibilizados pelo programa; a promoção da alimentação adequada e saudável; educação e saúde por intermédio de palestras conscientizando sobre a má alimentação, o uso abusivo do álcool, drogas e tabaco.²⁷

No que tange a alimentação inadequada, os dados coletados por Lopes et al.,²⁷ apontam que a urbanização acarretou mudanças no modo de viver da população, principalmente nos hábitos alimentares, em que houve uma redução significativa no tempo destinado à alimentação. Nesse contexto, os estabelecimentos de venda de alimentos para consumo imediato são os mais frequentados, devido à praticidade. No entanto, os alimentos comercializados nestes locais são principalmente os ultraprocessados, aumentando significativamente as chances dessas pessoas desenvolverem uma DCNT. Depreende-se, portanto, que é de suma importância que o PAS otimize as rodas de conversas, palestras e oficinas culinárias, com intuito de agregar conhecimentos na comunidade sobre os macronutrientes.

A pesquisa realizada por Souza et al.,²⁸ teve como objetivo analisar a saúde mental dos usuários do PAS no município de Pau dos Ferros no Rio Grande do Norte. Os resultados alcançados evidenciaram que os entrevistados quando perguntados sobre sua percepção da própria saúde mental, 57,4% relataram como boa, 8,2% como ruim e 34,4% como mais ou menos. Em relação às frequências nas atividades do PAS, 65,6% comparecem todos os 5 dias da semana e 62,3% afirmaram estarem acima de 1 ano no programa.

A partir dos dados obtidos, concluiu-se que a prática de exercícios físicos e as interações sociais que ocorrem dentro dos polos do programa promovem condições positivas para a saúde mental e promoção de saúde. O estudo observou que os métodos empregados para auxiliar no tratamento dos transtornos mentais foram o uso de medicamentos, a execução de atividades físicas de forma isolada associada com os exercícios corporais disponíveis nos polos do PAS, juntamente com o acompanhamento psicológico.²⁸ Ademais, o PAS incentiva atividades nas quais haja compartilhamento de experiências e interação entre os usuários de diferentes gerações, propiciando um ambiente de socialização e inclusão social, contribuindo para a promoção do bem-estar mental, reduzindo o estresse psicossocial.

Em um estudo realizado no estado de Pernambuco por Lima et al.,²⁹ observou-se que os municípios que implantaram o PAS, tiveram redução nos custos de internações por doenças cerebrovasculares, de 1.258,61 reais para cada grupo de 10 mil habitantes. Os impactos causados pelo PAS sobre tais gastos podem estar associados a mudanças de hábitos das comunidades que aderiram ao programa. Em virtude disso, é possível concluir que o objetivo de aumentar o nível de frequência das atividade física da população está sendo alcançado nessas localidades.

De acordo com os resultados de uma pesquisa conduzida por Alcântara et al.,³⁰ analisou-se as facilidades e as dificuldades na implantação dos polos do PAS no semiárido brasileiro. Destacando-se pelos aspectos positivos, os participantes do estudo apontaram a implantação do PAS como fator responsável pelas mudanças de hábitos da população, a compreensão e o interesse da gestão municipal em apoiar a causa, a autonomia das pessoas em participar de um estilo de vida mais saudável, a atuação interdisciplinar e intersetorial. Entre as vulnerabilidades pontuadas, destaca-se os limites estruturais que dificultam a implementação do PAS, bem como, as limitações de recursos direcionado para os custeios dos equipamentos e materiais, o obstáculo na comunicação com outros departamentos, a dependência financeira, a falta de investimento para a contratação de profissionais e o financiamento escasso para a manutenção.

Em consonância com a pesquisa de Alcântara et al.,³⁰, constatou-se que é crucial aperfeiçoar as ações realizadas no PAS, considerando que as atividades disponíveis no programa são predominantemente limitadas para adultos e idosos. Tendo em vista, o aumento do comportamento sedentário ocasionado pelo uso crescente das tecnologias entre crianças e adolescentes.

Sob essa perspectiva, compreende-se a complexidade dos obstáculos enfrentados e o carência de estratégias bem planejadas e abordagens meticulosamente desenvolvidas, com objetivo na melhoria da execução a fim de assegurar a eficiência do programa para toda a população.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A pesquisa identificou uma limitação no PSE e no PAS: a escassez de estudos sobre seus impactos na redução de problemas de saúde, na prática de atividades físicas e na adoção de hábitos saudáveis. Para suprir essa lacuna, é essencial a realização de pesquisas que apresentem dados concretos sobre seus benefícios. No Programa Hiperdia, foram observados desafios como a implementação incompleta dos sistemas de informação para catalogação de dados municipais, prejudicando usuários do SIS-Hiperdia no DataSUS. Além disso, a insuficiência de profissionais e a falta de capacitação comprometem a execução do programa. Esse cenário fragiliza o enfrentamento das DCNTs, especialmente doenças cardiovasculares e Diabetes Mellitus.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As descobertas apresentadas no nosso estudo ressaltam a relevância indiscutível dos programas de promoção e prevenção da saúde no Nordeste do Brasil, como instrumentos de contribuição para a formação de hábitos saudáveis, e para o combate às Doenças Crônicas Não-transmissíveis, programas estes que conjuntamente têm como ponto positivo o alcance de toda a população - desde as crianças até as pessoas idosas. Todavia, ainda existem desafios a serem sanados para que seja possível a efetiva implementação e sucesso desses programas.

Diante da análise feita sobre as estratégias, identificou-se diversas barreiras que impedem o desenvolvimento satisfatório dessas políticas públicas, dentre elas, a que mais se destaca é a insuficiência de recursos financeiros. A persistência desse obstáculo limita a amplitude dos programas e impede a adequada implementação nos municípios, devido a insuficiência de recursos. Adicionalmente, problemas como a desarticulação intersetorial, a falta de formação dos profissionais, falta de equipamentos adequados para o monitoramento e execução dos programas, dentre outros, dificultam o progresso dessas estratégias.

Para garantir o sucesso e a efetividade dessas políticas públicas de saúde é necessário que o Estado faça maiores investimentos em recursos financeiros e materiais. Essa medida deve abranger tanto a execução das ações do programa quanto o seu monitoramento, pois a falta de sistemas de informação eficientes impede a análise dos dados e dos resultados obtidos. Somado a isso, faz-se necessário realizar avaliações periódicas dos programas para que seja possível identificar novas fragilidades e assim proporcionar melhorias contínuas.

Além disso, é necessário contratar mais profissionais para garantir a regularidade das ações e proporcionar capacitação adequada a esses, para que possam executar as ações do programa com competência. Se tais medidas forem implementadas, os programas alcançarão resultados mais significativos e a população beneficiada por essas estratégias serão impulsionadas em direção a um estilo de vida mais saudável.

Existem lacunas na literatura, as quais incluem a avaliação de grupos pequenos de pessoas, o que compromete a relevância estatística, bem como há uma escassez de trabalhos que visam analisar a eficiência dos referidos programas. Portanto, sugere-se a realização de mais pesquisas de caráter descritivo, observacional e quantitativo acerca das facilidades e dificuldades que envolvem a implementação de estratégias controle e prevenção das doenças crônicas no nordeste brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias[documento na internet]. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013[citado em 13 de maio de 2024]. 30 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf
2. World Health Organization. Números invisíveis: a verdadeira extensão das doenças não transmissíveis e o que fazer com elas. [documento na internet]. Geneva: WHO. Organização Internacional; 2022. [citado em 13 de maio de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057661>
3. World Health Organization. Monitor de progresso de doenças não transmissíveis 2022. [documento na internet]. Geneva: WHO. Organização Internacional; 2022. [citado em 13 de maio de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047761>

4. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, et al. Desigualdades socioeconômicas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis e suas limitações, Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Revista Brasileira de Epidemiologia [Internet]. 2021[citado em 13 de maio de 2024]; 24:E210011.Supl.2. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210011.supl.2>
5. Carvalho FSS, Nogueira LT, Medina MG. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. Revista Saúde debate [Internet]. Rio de Janeiro: 2014 [citado em 13 de maio de 2024] ;38(especial):265-278. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S020>
6. Silva FG, Carvalho FPB, Silva SG, et al. Qualifica Hiperdia: uma estratégia para o alcance dos indicadores em saúde. Revista Research, Society and Development [Internet]. 2022; Set. [Citado em 28 de maio de 2024]; 11(11):e532111133872. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33872>
7. Coelho ACR, Leite MV, Carneiro KFP, et al. Os principais desafios das políticas públicas de saúde para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis em municípios do Nordeste brasileiro. Revista Cadernos de saúde coletiva. [Internet]. 2023 [citado em 28 de maio de 2024]; 31(2):e31020095. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020095>
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. In:As redes de atenção à Saúde. 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde [internet], 2011 [citado em 13 de maio de 2024]. p. 25-50. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
9. Mendes EV. A resposta social a uma situação de saúde de transição demográfica acelerada e de tripla carga de doenças: as Redes de Atenção à Saúde. In: O Cuidado Das Condições Crônicas Na Atenção Primária À Saúde: O Imperativo Da Consolidação Da Estratégia Da Saúde Da Família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde [internet], 1ª edição, 2012. [citado em 13 de maio de 2024]. p. 47-53. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
10. Fernandez DLR, Isse-Pollaro SH, Takase-Gonçalves LH. Programa Hiperdia E Suas Repercussões Sobre Os Usuários. Revista Baiana de Enfermagem [Internet]. 2016 [citado em 13 de maio de 2024]; 30(3) 1-11. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i3.17156>
11. Lopes MS, Justino DCP, Andrade FB. Qualidade da assistência aos portadores de hipertensão arterial e diabetes no Nordeste após o PMAQ-AB. Revista O Mundo da Saúde [Internet]. 2021 [Citado em 30 de abril de 2024]; 45:e0942020. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1172/1094>
12. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [Internet]. 2021 [citado em 13 de maio de 2024]; 116(3):516-658. doi: <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20201238>
13. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020: gestão biênio 2018-2019. Clannad Editora Científica [Internet], 2019 [citado em 13 de maio de 2024]. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>

14. Santos SADL, Wanderley DB, Silvio DM, et al. A Importância do Hiperdia Na Atenção Básica. In: Anais VI Congresso de Enfermagem. Avanços e desafios do sistema de saúde brasileiro. 2017; Campina Grande: Realize editora [Internet], 2017 [citado em 13 de maio de 2024]. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/27710>
15. Bezerra GC, Oliveira VS, Santos ICRV, et al. Implementação do grupo hiperdia em uma unidade de saúde da família: um relato de experiência. Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde [Internet]. 2015 [citado em 13 de maio de 2024]; 1(1):19-22. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2446-5682.20150003>
16. Rezende EP, Souza LEPF. Análise da implantação do sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos em municípios da Bahia – 2013. Revista Baiana de saúde pública [Internet]. 2016 [citado em 13 de maio de 2024]; 40(2): 9-26. [Internet]. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2692>
17. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Completitude dos dados de cadastro de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus registrados no Sistema Hiperdia em um estado do Nordeste do Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [citado em 13 de maio de 2024]; 19(6):1685-1697. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.02842013>
18. Rocha LS, Oliveira CSS, Piantavinha, PAL. Avaliação do programa hiperdia pelos profissionais de saúde. Revista Saúde.com. [Internet]. 2021 [citado em 13 de maio de 2024]; 17(1): 2050-2060.[Internet]. doi: <https://doi.org/10.22481/rsc.v17i1.7990>
19. Brasil. Ministério da Educação. Programa Saúde nas Escolas [Internet]. Brasília-DF, 2018 [citado em 27 de abril de 2024]; doi: <https://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>
20. Medeiros ER, Pinto ES, Paiva AC, et al. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil. Revista Cuidarte [Internet] 2018 [citado em 27 de abril de 2024]; 9 (2):2127-134. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.514>
21. Santos LFS, Cardoso TZ, Pereira MC, et al. Programa Saúde na Escola: uma análise das ações de saúde. Revista de Enfermagem da UFPI [Internet] 2020 [citado em 13 de maio de 2024]; 9: e9170. doi: <https://doi.org/10.26694/2238-7234.9179-85>
22. Andrade PM, Silva RT, Pereira TP, et al. Abrangência do Programa Saúde na Escola em Vitória de Santo Antão-PE. Revista Saúde Debate [Internet] 2022 [citado em 27 de abril de 2024].; 46(3): 62-71. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E304>
23. Medeiros ER, Soares MF, Rebouças DG, et al. Ações executadas no Programa Saúde na Escola e seus fatores associados. Revista Avances en Enfermería [Internet] 2021 [citado em 27 de abril de 2024]; 39(2): 167-177. doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n2.8627>
24. Brasil. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde do escolar. Coordenação de População e Indicadores Sociais. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE

- 2019 [citado em 27 de abril de 2024].; p. 156. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101852>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Acompanhadas pelo SUS, mais de 340 mil crianças brasileiras entre 5 e 10 anos possuem obesidade. [Internet]. Brasília, DF. 2022 [citado em 27 de abril de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/acompanhadas-pelo-sus-mais-de-340-mil-criancas-brasileiras-entre-5-e-10-anos-possuem-obesidade>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Panorama nacional de implementação do programa academia da saúde. [Internet]. Brasília, 2018 [citado em 27 de abril de 2024]. doi: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama_academia_saude_monitoramento_programa.pdf
27. Lopes MS, Martiniano MO, Freitas PP, et al. Comércio de alimentos para consumo imediato no entorno do Programa Academia da Saúde: uma análise segundo desigualdades. Revista Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2022 [citado em 27 de abril de 2024]; 27(8): 3283-294. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202278.02232022>
28. Souza LN,; Rodrigues VM, Pinheiro PP, et al. Atividade física e saúde mental: uma análise do programa academia da saúde. Revista Contemporânea [Internet]. 2024 [citado em 27 de abril de 2024]; 4(4): 01-23. doi: <https://doi.org/10.56083/RCV4N4-065>
29. Lima RC, Rodrigues BL, Farias SJ, et al. Impacto do Programa Academia da Saúde sobre gastos com internações hospitalares por doenças cerebrovasculares. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde [Internet]. 2020 [citado em 27 de abril de 2024]; 25:1-8. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0166>
30. Alcântara PPT, Carmo TR, Torres GM et al. Implantação do Programa Academia da Saúde no semiárido brasileiros: limites e desafios para a gestão. SANARE [Internet]. 2020 [citado em 27 de abril de 2024]; 19(1). doi: <https://doi.org/10.36925/sanare.v19i1.1317>

Recebido em: 30/08/2024.

Aceito em: 08/04/2025.