

Avaliação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade em Santa Catarina

Evaluation of nutritional care for addressing obesity in Santa Catarina

Rafaela Souza Petrolini¹, Josimari Telino de Lacerda¹, Patrícia Maria de Oliveira Machado¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614911016P

RESUMO O objetivo deste estudo foi determinar o grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina e analisar aspectos de contexto. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, do tipo análise de implantação, utilizando modelo previamente validado. Os parâmetros para emissão de juízo de valor foram definidos a partir de padrões normativos, evidências científicas e ponderações de especialistas, consolidadas em oficina de consenso. O grau de implantação foi classificado como incipiente em 76,4% das unidades básicas de saúde analisadas; como intermediário em 18,2%; e avançado em 5,4%. Das dimensões avaliadas, a assistência apresentou o melhor desempenho, e a gestão, o pior. Foram identificadas deficiências relevantes, especialmente quanto à infraestrutura, condições de acesso, fluxos e padronização da atenção, apropriação do território e organização do cuidado à pessoa com obesidade. As ações observadas revelaram-se focalizadas e pouco articuladas. Verificou-se associação entre o grau de implantação e o porte populacional do município. A superação dos desafios identificados é essencial para estruturar a atenção nutricional integrada e resolutive no enfrentamento da obesidade, consolidando um modelo de atenção orientado pela integralidade e coordenado pela Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Gestão em saúde. Política nutricional. Obesidade.

ABSTRACT The aim of this study was to determine the degree of implementation of nutritional care for addressing obesity within Primary Health Care in Santa Catarina and to analyze contextual aspects. This is an evaluative study, specifically an implementation analysis, using a previously validated model. The parameters for making a value judgment were defined based on normative standards, scientific evidence, and expert assessments consolidated in a consensus workshop. The degree of implementation was classified as incipient in 76.4% of the primary health care units analyzed; as intermediate in 18.2%; and advanced in 5.4%. Among the dimensions assessed, care delivery showed the best performance, while management showed the worst. Significant deficiencies were identified, particularly regarding infrastructure, access conditions, care flows and standardization, territorial engagement, and organization of care for people with obesity. The actions observed were focused and poorly integrated. An association was found between the degree of implementation and the municipality's population size. Overcoming the identified challenges is essential to structure integrated and effective nutritional care in addressing obesity, thereby consolidating a care model guided by comprehensiveness and coordinated by Primary Health Care.

KEYWORDS Health evaluation. Health management. Nutrition policy. Obesity.

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. rafaelameottisouza@gmail.com

Introdução

A obesidade é caracterizada por excesso de adiposidade, considerada clínica quando associada à disfunção orgânica ou limitações funcionais¹. De acordo com estudos populacionais que indicam sua crescente prevalência no Brasil e no mundo nas últimas quatro décadas, a obesidade constitui-se em um grave problema de saúde pública²⁻⁴. Na população brasileira, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 indicam que a prevalência de obesidade em adultos atingiu 25,9%⁵. Entre os adolescentes de 15 a 17 anos, a obesidade esteve presente em 6,7%, sendo mais prevalente no sexo feminino (8%) em comparação ao sexo masculino (5,4%)⁵.

A obesidade também é considerada um fator de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como complicações metabólicas, doenças cardíacas, cerebrovasculares, diabetes tipo 2, dislipidemias, distúrbios musculoesqueléticos e alguns tipos de câncer⁶. As causas da obesidade são multifatoriais, incluindo alimentação inadequada, aumento do consumo de alimentos processados e ultraprocessados, sedentarismo, além de fatores genéticos, metabólicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais^{4,7-10}.

O Brasil vem instituindo ações de prevenção e enfrentamento da obesidade por meio de políticas públicas de saúde e na consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do sistema e responsável pela coordenação do cuidado¹¹⁻¹⁴. Nesse contexto, a atenção nutricional emerge como componente essencial no arranjo organizacional dessas ações para o enfrentamento da obesidade.

A atenção nutricional é conceituada como um conjunto de ações em prol da promoção à saúde, prevenção, tratamento e controle dos agravos nutricionais nos três níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Prevê mecanismos de atuação intersetorial para o enfrentamento da obesidade, ao englobar ações

individuais, coletivas e ambientais de forma articulada com a RAS¹¹.

Considerando o aumento da prevalência da obesidade e seus impactos na saúde pública, aliados aos desafios do SUS em consolidar uma APS resolutiva e integral, torna-se essencial avaliar a atenção nutricional ofertada nesse nível de atenção¹⁵. Essa avaliação visa a fornecer subsídios à gestão local para fortalecer a atenção nutricional de forma participativa e eficiente, garantindo um cuidado abrangente e adequado aos indivíduos com obesidade no âmbito da APS.

Dessa forma, o objetivo deste artigo foi determinar o grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, no âmbito da APS em Santa Catarina, e analisar os aspectos de contexto.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, que consiste em avaliar se as ações de uma política ou intervenção estão sendo executadas conforme o planejado, identificando facilitadores e obstáculos no contexto real de implementação. Essa abordagem é crucial para ajustar intervenções em tempo real e garantir que os resultados observados reflitam, de fato, a atuação do programa^{16,17}. O modelo avaliativo utilizado neste estudo foi desenvolvido e publicado previamente por Souza, Telino e Machado¹⁸, sendo composto pelo Modelo Teórico, Modelo Lógico e pela Matriz de Análise e Julgamento (MAJ).

O modelo avaliativo apresenta duas dimensões de análise: a Gestão e a Assistência. As duas dimensões são relacionadas, porém, interdependentes, com relação a planejamento, organização e normatização das ações prestadas. A Gestão deve promover as condições estruturais e organizacionais necessárias para a execução das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade de forma intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar. A Assistência é responsável pela execução

das ações de alimentação e nutrição com foco na integralidade, organização do cuidado e coordenação da atenção. A atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade implantada nos municípios com condições adequadas para o provimento da assistência, orientada pelos preceitos da APS integral, deverá contribuir para a redução das prevalências de obesidade e doenças crônicas associadas, redução de riscos e, consequentemente, da sobrecarga do sistema de saúde.

Na aplicação do modelo, foram utilizados dados provenientes das seguintes fontes: a) diagnóstico da organização, da gestão e do cuidado ofertado às pessoas com obesidade na APS; b) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e c) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No CNES, foi coletado o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) por município, e no IBGE foi consultada a população de cada município, tendo como referência o ano de 2020. Essas informações foram utilizadas como fonte para a medida ‘UBS localizada em município com cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) adequada’.

Para as demais medidas, foram utilizadas informações provenientes do diagnóstico da organização, gestão e do cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) e universidades públicas,

por meio da Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN nº 26/2018. O instrumento coletou informações para subsidiar o apoio e a qualificação da gestão municipal para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, e estava estruturado em dois componentes: I) gestão das ações de alimentação e nutrição no âmbito do setor municipal da saúde, o qual foi respondido por um gestor de saúde do município; II) organização, gestão e o cuidado nutricional ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS, respondido por um profissional de saúde atuante na APS. Para a aplicação do questionário de coleta de dados, os municípios foram estratificados segundo o porte populacional e a distribuição por estado, sendo porte A: capitais brasileiras; porte B: municípios acima de 150 mil habitantes; porte C: municípios entre 30 e 150 mil habitantes; e porte D: municípios abaixo de 30 mil habitantes.

Foi calculada uma amostra probabilística de UBS por estado, assumindo um erro de 5% e nível de significância de 95%. A distribuição da amostra seguiu a proporcionalidade de distribuição das UBS por estrato, e a seleção foi aleatória. A amostra incluiu 759 UBS de 253 municípios catarinenses, representando 40% do total de UBS e 85,8% dos municípios. A *tabela 1* apresenta a distribuição das UBS em Santa Catarina segundo estrato populacional, amostra e participação na pesquisa.

Tabela 1. Distribuição das UBS em Santa Catarina segundo estrato populacional, amostra e participação na pesquisa

Estrato	Existente	Amostra	Participantes
Porte A	45	45	37
Porte B	401	184	170
Porte C	555	238	202
Porte D	895	292	222
Total	1.896	759	631

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Adotaram-se como unidade de análise as UBS localizadas em municípios de Santa Catarina que participaram do diagnóstico desenvolvido pelo Ministério da Saúde e que responderam aos dois componentes do instrumento, citados anteriormente.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. Os parâmetros para emissão de juízo de valor foram definidos com base em padrões normativos, conhecimento científico e ponderações dos especialistas consultados durante a construção do modelo avaliativo¹⁸. O juízo de valor para as medidas foi definido a partir do cumprimento dos itens estabelecidos, adotando a classificação dicotômica ‘bom’ e ‘ruim’. Os indicadores, compostos por duas medidas, eram considerados ‘bom’ ou ‘ruim’ quando havia coincidência das classificações, e ‘regular’ quando eram discordantes. Nos casos com apenas uma medida, adotou-se ‘bom’ para sim e ‘ruim’ para não. Nas demais situações, os indicadores foram analisados conforme a MAJ, representada no *quadro 1*.

Para a análise das subdimensões, das dimensões e do grau de implantação, atribuíram-se escores aos indicadores: 10 (dez) para a classificação ‘bom’; 5 (cinco) para ‘regular’; 0 (zero) para ‘ruim’. O julgamento dos componentes da matriz de análise foi realizado com base no somatório dos seus elementos, considerando o percentual da pontuação obtida comparado com a pontuação máxima esperada, utilizando a fórmula $JV = (\sum PO / \sum PM) \times 100$. Dessa forma, considerou-se ‘bom’ quando a pontuação obtida correspondeu a 75% ou mais do esperado; ‘regular’ quando ficou entre 74,9% e 60%; e ruim quando foi menor que 60% (*quadro 1*). Foi atribuído o dobro do peso para a dimensão Assistência, devido à sua relevância na implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, conforme modelo utilizado nesta pesquisa¹⁸.

Para a classificação do grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento na APS, adotaram-se os critérios anteriormente relatados, modificando apenas a terminologia (*quadro 2*):

- 75% ou mais – avançado;
- entre 74,9% e 60% – intermediário;
- menor que 60% – incipiente.

A análise descritiva para a distribuição das UBS segundo os graus de implantação e as variáveis de contexto contemplou as seguintes variáveis: Macrorregião de Saúde de Santa Catarina: Foz do Rio Itajaí; Grande Florianópolis; Grande Oeste; Meio Oeste e Serra; Planalto Norte e Nordeste; Sul; Vale do Itajaí; Porte Populacional Municipal: porte A: capital do estado; porte B: municípios acima de 150 mil habitantes; porte C: municípios entre 30 e 150 mil habitantes; e porte D: municípios abaixo de 30 mil habitantes; Cobertura de ESF: até 79,9%, entre 80% e 100%.

As variáveis do estudo foram consolidadas em banco de dados único utilizando-se o software Microsoft Office Excel® (Microsoft Corp., Estados Unidos) e, posteriormente, o Stata® 13.0 (StataCorp, College Station, Estados Unidos) para as análises de associação. O desfecho foi dicotomizado em ‘implantado (1) e não implantado (0)’ e utilizado teste exato de Fisher para verificar associação das variáveis de contexto e a implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde¹⁹, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 25598819.3.0000.0121 e os pareceres nº 3.822.183 e nº 4.451.510.

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2025

Subdimensão	Indicador	Medidas
Dimensão Gestão		
1.1 Infraestrutura	1.1.1 Adequação de espaço físico na UBS para a Atenção à Saúde ^a	Espaço físico adequado para realização de atividades coletivas Estrutura física que permite a circulação e permanência dos usuários com obesidade
	1.1.2 Disponibilidade de equipamentos para as ações de A&N ^a	Disponibilidade de equipamentos adequados para o atendimento à pessoa com obesidade Disponibilidade de dispositivos de transporte para a pessoa com obesidade
	1.1.3 Disponibilidade de insumos para assistência nutricional ^a	Suporte da gestão para disponibilizar suplementos nutricionais para indivíduos com obesidade Acesso regular aos medicamentos necessários para os pacientes indicados à cirurgia bariátrica
1.2 Recursos Humanos	1.2.1 Suficiência de Pessoal na APS ^b	Município com cobertura de ESF adequada
	1.2.2 Suporte especializado para as ações de A&N ^a	Disponibilidade de AE no cuidado ao indivíduo com obesidade, nos diferentes níveis de atenção no âmbito da RAS Presença de equipe multiprofissional na RAS no cuidado ao indivíduo com obesidade
	1.2.3 Qualificação das equipes de saúde ^a	Equipes capacitadas para o atendimento ao indivíduo com obesidade Município que incentiva a educação permanente e/ou de educação continuada sobre prevenção e controle da obesidade
1.3 Organização e Normatização	1.3.1 Condições para o acesso à Saúde ^a	Disponibilidade de atendimento em horário estendido Possibilidade de participação do usuário na decisão sobre horário e frequência dos atendimentos
	1.3.2 Fluxos e padronização da Atenção em Saúde ^c	Município que utiliza Unidade/Central de Regulação para a organização do cuidado aos usuários com obesidade Município que disponibiliza protocolos de encaminhamentos da APS para a AE Município que disponibiliza protocolos clínicos, guias ou documentos orientativos para atenção à obesidade
	1.3.3 Disponibilidade de Informação para a Atenção Nutricional ^a	Atualização e monitoramento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan web) Município que utiliza algum sistema de informação do MS para apoiar a gestão e monitorar as ações de A&N
1.4 Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação	1.4.1 Planejamento de ações de A&N ^a	Município com participação da área técnica de A&N nos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS Município com uma política de A&N instituída e regulamentada
	1.4.2 Gestão orçamentária e financeira dos recursos destinados à área de A&N ^c	Município onde a área técnica de A&N orienta e acompanha a gestão orçamentária/financeira dos recursos destinados à sua pasta Município onde a área técnica de A&N acompanha os processos licitatórios relacionados à sua área de atuação Município que alocou recursos financeiros próprios para ações de enfrentamento à obesidade
	1.4.3 Suporte Técnico para gestão das ações de A&N ^d	Município com RT pela gestão das ações de alimentação e nutrição
	1.4.4 Articulação intersetorial da área de A&N ^a	Município com participação da área de Alimentação e Nutrição da SMS em processos decisórios de planejamento e gestão intersetorial Município que desenvolve ações intersetoriais de A&N junto aos diferentes setores da gestão municipal e da sociedade civil

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2025

Subdimensão	Indicador	Medidas
	1.4.5 Interlocução com o Controle Social ^e	Município que disponibiliza canal de ouvidoria e/ou orientação sobre programas e ações de A&N Município que apresenta a situação alimentar e nutricional da população e reivindica ação de A&N junto ao CMS Município com participação da área de A&N em alguma instância de controle social Município que inclui ações e demandas da área de A&N nas discussões da conferência municipal de saúde
Dimensão Assistência		
2.1 Vigilância Alimentar e Nutricional	2.1.1 Acompanhamento contínuo do estado nutricional e consumo alimentar ^c	UBS que realiza ações de vigilância nutricional voltadas a toda população em diferentes locais do território adstrito
		UBS que realiza avaliação do estado nutricional e/ou composição corporal de pessoas com sobrepeso e obesidade
		UBS que realiza avaliação do consumo alimentar de pessoas com sobrepeso e obesidade
	2.1.2 Apropriação do território ^c	UBS que realiza o mapeamento das áreas de risco para insegurança alimentar e nutricional no território
		UBS que realiza o diagnóstico do sistema de produção, abastecimento e/ou comercialização de alimentos saudáveis no território
	2.1.3 Planejamento Local em Saúde ^a	UBS que identifica a estrutura comunitária de apoio e/ou programas de proteção social às pessoas ou famílias em situação de vulnerabilidade
UBS que realiza a seleção e priorização dos problemas no território com base em indicadores de alimentação e nutrição		
		UBS cujas equipes realizam o planejamento das ações de forma conjunta com a comunidade e/ou outros profissionais
2.2 Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade	2.2.1 Ações de Promoção à Saúde ^a	UBS que desenvolve ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física/práticas corporais no território
		UBS que realiza oficinas culinárias de valorização da cultura alimentar
	2.2.2 Ações de Prevenção à Obesidade ^c	UBS que realiza orientações sobre alimentação com foco na prevenção da obesidade com abordagem coletiva
		UBS que desenvolve orientação sobre alimentação com abordagem individual às pessoas com obesidade
		UBS que desenvolve orientação relacionada à atividade física com abordagem individual
	2.2.3 Articulação intersetorial para PAAS ^a	UBS que realiza articulação intersetorial para desenvolver ações de educação alimentar e nutricional no território
UBS que apoia a implantação e manutenção de estratégias para facilitar o acesso a alimentos saudáveis, por meio da articulação com outros setores públicos e parcerias locais		
2.3 Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais	2.3.1 Identificação, Diagnóstico Precoce e Estratificação de Risco ^f	UBS que realiza a identificação de indivíduos com obesidade por meio da demanda espontânea
		UBS que realiza a identificação de indivíduos com obesidade por meio da busca ativa
		UBS localizada em município que realiza o diagnóstico precoce da obesidade, a partir do acompanhamento nutricional
		UBS localizada em município que realiza estratificação de risco/classificação de gravidade para obesidade

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2025

Subdimensão	Indicador	Medidas
	2.3.2 Organização do cuidado ^c	UBS que realiza pactuação entre usuário e profissional sobre as metas e os resultados do cuidado alimentar e nutricional UBS localizada em município que realiza a busca ativa de faltosos para acompanhamento da obesidade UBS que realiza avaliação do processo de trabalho e dos resultados alcançados no cuidado de pessoas com obesidade
	2.3.3 Atenção Interdisciplinar e Multiprofissional ^f	UBS que elabora PTS no cuidado de pessoas com obesidade UBS que oferta suporte psicológico no cuidado a pessoas com obesidade UBS que desenvolve ações coletivas com abordagem cognitiva comportamental, oferta PICS ou ações de atividade física no espaço da Academia da Saúde UBS que realiza atendimento com profissional nutricionista
	2.3.4 Coordenação do Cuidado ^g	UBS localizada em município que realiza gestão de listas de espera dos pacientes com obesidade encaminhados aos outros pontos de atenção UBS cuja equipe utiliza protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para atendimento às pessoas com obesidade na APS UBS cuja equipe adota fluxos de referência e contrarreferência para os usuários encaminhados à atenção especializada UBS que realiza o acompanhamento dos usuários antes e após cirurgia bariátrica na RAS

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

^a Bom (10): ambas as medidas 'bom'; Regular (5): uma medida 'bom' e outra 'ruim'; Ruim (0): ambas as medidas 'ruim'; ^b Bom: $\geq 80\%$ (10); Ruim: $< 80\%$ (0); ^c Bom (10): três medidas 'bom'; Regular (5): duas medidas 'bom' e outra 'ruim'; Ruim (0): todas as medidas 'ruim'; ^d Bom: sim (10); Ruim: não (0); ^e Bom (10): 2 ou mais medidas 'bom'; Regular (5): uma medida 'bom' e demais 'ruim'; Ruim (0): todas as medidas 'ruim'; ^f Neste indicador, houve uma agregação para as três primeiras medidas, sendo: Bom (10): uma ou mais medidas 'bom'; Ruim (0): todas as medidas 'ruim'. Na quarta medida, a avaliação é dicotômica: Bom: sim (10); Ruim: não (0). A partir destes dois resultados, adotou-se o seguinte parâmetro agregado: Bom (10): ambas 'bom'; Regular (5): uma 'bom' e outra 'ruim'; Ruim (0): ambas 'ruim'; ^g Bom (10): três ou mais medidas 'bom'; Regular (5): duas medidas 'bom' e outras duas 'ruim'; Ruim (0): todas as medidas 'ruim'; AE: Atenção Especializada; A&N: Alimentação e Nutrição; APS: Atenção Primária à Saúde; CMS: Conselho Municipal de Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; MS: Ministério da Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde; PICS: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; RAS: Redes de Atenção à Saúde; RT: Responsável Técnico; SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

Quadro 2. Classificação do grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2025

Dimensão	Subdimensão	Julgamento		
		Subdimensão	Dimensão	Grau de Implantação
1. Gestão	Infraestrutura	Σ PM: 30	Σ PM: 140	Σ PM: 340
	1.2 Recursos Humanos	Σ PM: 30		$\geq 75\%$: avançado
	1.3 Organização e Normatização	Σ PM: 30		74,9% e 60%: intermediário
	1.4 Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação	Σ PM: 50		$< 60\%$: incipiente

Quadro 2. Classificação do grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2025				
Dimensão	Subdimensão	Julgamento		
		Subdimensão	Dimensão	Grau de Implantação
2. Assistência	2.1 Vigilância Alimentar e Nutricional	Σ PM: 30	Σ PM: 100 (peso 2)	Σ PM: 340 ≥ 75%: avançado 74,9% e 60%: intermediário < 60%: incipiente
	2.2 Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade	Σ PM: 30		
	2.3 Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais	Σ PM: 40		

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Resultados

Foram avaliadas 631 unidades básicas de saúde, distribuídas em 208 municípios de Santa Catarina, correspondendo a 70,5% dos municípios do estado. A amostra apresentou distribuição heterogênea, com

representação nas 9 macrorregiões de saúde do estado. O grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS foi considerado incipiente em 76,4% das UBS analisadas, e avançado em apenas 5,4%. Na *tabela 2*, é possível verificar o detalhamento da distribuição das UBS segundo os itens da MAJ.

Tabela 2. Distribuição de unidades de saúde avaliadas para implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, segundo os indicadores, subdimensões e dimensões com juízo de valor (n = 631). Brasil, Santa Catarina, 2025

Dimensão	Classificação					
	Ruim		Regular		Bom	
Subdimensão						
Indicadores	n	%	n	%	n	%
Gestão	550	87,2	71	11,3	10	1,6
Infraestrutura	556	88,1	38	6,0	37	5,9
Adequação de espaço físico	362	57,4	205	32,5	64	10,1
Disponibilidade de equipamentos	394	62,4	177	28,1	60	9,5
Disponibilidade de insumos	319	50,6	214	33,9	98	15,5
Recursos Humanos	370	58,6	157	24,9	104	16,5
Suficiência de pessoal na APS	325	51,5	-	-	306	48,5
Suporte especializado para as ações de A&N	82	13,0	251	39,8	298	47,2
Qualificação das equipes de saúde	187	29,6	338	53,6	106	16,8
Organização e Normatização	460	72,9	114	18,1	57	9,0
Condições para o acesso à saúde	292	46,3	243	38,5	96	15,2
Fluxos e padronização da atenção em saúde	275	43,6	230	36,5	126	20,0
Disponibilidade de informação para a atenção nutricional	44	7,0	441	69,9	146	23,1

Tabela 2. Distribuição de unidades de saúde avaliadas para implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, segundo os indicadores, subdimensões e dimensões com juízo de valor (n = 631). Brasil, Santa Catarina, 2025

Dimensão	Classificação					
	Ruim		Regular		Bom	
Subdimensão						
Indicadores	n	%	n	%	n	%
<i>Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação</i>	436	69,1	99	15,7	96	15,2
Planejamento de ações de A&N	414	65,6	128	20,3	89	14,1
Gestão orçamentária e financeira dos recursos destinados à área de A&N	250	39,6	228	36,1	153	24,2
Suporte técnico para gestão das ações de A&N	359	56,9	-	-	272	43,1
Articulação intersetorial da área de A&N	250	39,6	256	40,6	125	19,8
Interlocução com o controle social	147	23,3	246	39,0	238	37,7
Assistência	389	61,6	136	21,6	106	16,8
<i>Vigilância Alimentar e Nutricional</i>	405	64,2	127	20,1	99	15,7
Acompanhamento contínuo do estado nutricional e consumo alimentar	188	29,8	244	38,7	199	31,5
Apropriação do território	445	70,5	99	15,7	87	13,8
Planejamento local em saúde	225	35,7	2	0,3	404	64,0
<i>Promoção à saúde e prevenção à obesidade</i>	447	70,8	92	14,6	92	14,6
Ações de promoção à saúde	111	17,6	434	68,8	86	13,6
Ações de prevenção à obesidade	131	20,8	320	50,7	180	28,5
Articulação intersetorial para PAAS	356	56,4	165	26,1	110	17,4
<i>Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais</i>	281	44,5	128	20,3	227	36,0
Identificação, diagnóstico precoce e estratificação de risco	42	6,7	160	25,4	429	68,0
Organização do cuidado	405	64,2	158	25,0	68	10,8
Atenção interdisciplinar e multiprofissional	172	27,3	118	18,7	341	54,0
Coordenação do cuidado	150	23,8	127	20,1	354	56,1
Grau de Implantação	482	76,4	115	18,2	34	5,4

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Na dimensão Gestão, observou-se pior resultado quando comparado ao da dimensão Assistência, com 87,2% das UBS classificadas como ‘ruim’, ou seja, sem a garantia de condições estruturais e organizacionais para o provimento das ações de alimentação e nutrição no enfrentamento da obesidade. O mesmo comportamento foi observado nas quatro subdimensões desse componente, com menos de 1/3 das UBS recebendo classificação ‘bom’ nos aspectos de Infraestrutura (5,9%), Recursos Humanos (16,5%), Organização e Normatização (9,0%), Capacidade

administrativa, financeira, técnica e de articulação (15,2%).

Os indicadores da dimensão Gestão nos quais as unidades apresentaram os melhores resultados foram ‘Suficiência de pessoal na APS’, ‘Suporte especializado para as ações de alimentação e nutrição’, ‘Suporte técnico para gestão das ações de alimentação e nutrição’ e ‘Interlocução com o controle social’, com o percentual de classificação ‘bom’ variando entre 48,5% e 37,7%.

O melhor resultado na dimensão Assistência corresponde a 16,8% das UBS avaliadas com

um bom desenvolvimento e execução das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade, 10,5 vezes o observado na dimensão Gestão. Destaque para o 'Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais', com o maior percentual de UBS classificadas como 'bom' entre todas as subdimensões da MAJ. 'Vigilância Alimentar e Nutricional' e 'Promoção à saúde e prevenção à obesidade' seguem o mesmo comportamento das demais dimensões, com menos de das UBS com classificação 'bom'.

Indicadores com destaque positivo nessa dimensão foram 'Identificação, diagnóstico precoce e estratificação de risco', 'Planejamento local em saúde', 'Coordenação do cuidado' e 'Atenção interdisciplinar e multiprofissional',

com mais de 54% das UBS cumprindo satisfatoriamente os requisitos analisados. Em contraponto estão 'Apropriação do território', 'Organização do cuidado' e 'Articulação intersetorial para Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS)', com elevados percentuais de UBS classificadas como 'ruim', 70,5%, 64,2% e 56,4%, respectivamente.

A *tabela 3* apresenta a distribuição das UBS de acordo com o grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS e as variáveis de contexto. A variável porte municipal foi a única que apresentou associação estatisticamente significativa, e o maior percentual de UBS classificadas como implantadas foi observado naquelas localizadas na capital ($p = 0,003$).

Tabela 3. Distribuição das UBS de acordo com o grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS e variáveis de contexto (n = 631). Brasil, Santa Catarina, 2025

Variáveis de contexto	Não implantado	Implantado	
Categorias	n (%)	n (%)	Valor-p*
Santa Catarina (total)	597 (94,6)	34 (5,4)	
<i>Macrorregiões de saúde</i>			0,054
Foz do Rio Itajaí	43 (95,6)	2 (4,4)	
Grande Florianópolis	75 (88,2)	10 (11,8)	
Grande Oeste	78 (97,5)	2 (2,5)	
Meio Oeste e Serra	97 (97,0)	3 (3,0)	
Planalto Norte e Nordeste	108 (94,7)	6 (5,3)	
Sul	93 (92,1)	8 (7,9)	
Vale do Itajaí	103 (97,2)	3 (2,8)	
<i>Porte Municipal</i>			0,003
A: capital do estado	30 (81,1)	7 (19,9)	
B: > 150 mil habitantes	160 (94,1)	10 (5,9)	
C: entre 30 e 150 mil habitantes	197 (97,5)	5 (2,5)	
D: < 30 mil habitantes	210 (94,6)	12 (5,4)	
<i>Cobertura da ESF</i>			0,096
Até 79,9%	313 (96,3)	12 (3,7)	
Entre 80% e 100%	284 (92,8)	22 (7,2)	

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

ESF: Estratégia Saúde da Família.

*Teste exato de Fisher.

Discussão

A avaliação indicou que a implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS de Santa Catarina é incipiente, tanto na maioria das unidades avaliadas quanto nas diferentes dimensões e subdimensões analisadas.

Os aspectos de 'Infraestrutura' figuraram entre os piores resultados da avaliação. A adequação do espaço físico das UBS para a realização de atividades coletivas, como práticas corporais, atividades físicas e Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (Pics), é fundamental para viabilizar ações de promoção à saúde e prevenção de agravos²⁰. No caso de pessoas com obesidade, a acessibilidade torna-se imprescindível, tanto nos ambientes internos quanto externos das UBS, incluindo cadeiras, bancos e mesa de exame adequados, largura adequada de portas e corredores, além de rampas e banheiros acessíveis^{21,22}.

Outro aspecto que merece atenção refere-se à baixa disponibilidade, nas UBS, de equipamentos e dispositivos de transporte adequados para o atendimento de pessoas com obesidade. Além de garantir o mínimo necessário para as ações de alimentação e nutrição – como balanças adulto e infantil, fitas métricas e réguas antropométricas –, é fundamental equipar as unidades com balanças de maior capacidade e esfigmomanômetros adaptados, assegurando que todos os equipamentos estejam em perfeitas condições de uso^{21,22}. Também se fazem indispensáveis itens como cadeira de rodas, maca de transferência e veículo de transporte adaptado, a fim de garantir a acessibilidade e qualidade no cuidado às pessoas com obesidade^{21,22}.

A subdimensão 'Recursos Humanos' apresentou os resultados mais favoráveis no âmbito da gestão, apesar da qualificação das equipes de saúde demonstrar deficiência. É essencial adequar o número de equipes de Saúde da Família, de forma a garantir cobertura suficiente, consolidar a APS e assegurar o suporte de diferentes profissionais para o atendimento

integral às pessoas com obesidade e às demais necessidades de saúde do território²³. Além disso, a oferta sistemática e regular de qualificação para profissionais da APS e gestores do SUS, voltada à promoção da saúde, prevenção e cuidado das pessoas com obesidade, deve ser considerada pela gestão municipal, no intuito de assegurar a implantação da atenção nutricional e práticas menos estigmatizantes^{24,25}.

Na subdimensão 'Organização e Normatização', um dos indicadores avaliados retratou o compromisso da gestão municipal com a disponibilidade contínua de informações para a atenção nutricional, sendo observado resultado regular na maioria das unidades de saúde avaliadas. A oferta permanente dessas informações é fundamental para apoiar e subsidiar a gestão e monitorar as ações de alimentação e nutrição voltadas ao enfrentamento da obesidade^{23,26,27}.

Nos demais indicadores dessa subdimensão, os resultados insatisfatórios relacionados às condições de acesso à saúde e aos fluxos e padronização da atenção à saúde revelam que ainda há um caminho a percorrer. A APS como 'porta de entrada' preferencial do sistema de saúde e o primeiro contato com a população demanda estratégias que ampliem seu alcance. Entre elas, destacam-se o funcionamento das UBS em horários estendidos e a possibilidade de o usuário participar da definição do horário e da frequência dos atendimentos, o que pode facilitar o acesso e favorecer a execução das atividades²⁸.

Além disso, a pactuação de fluxos de encaminhamento e regulação que articulem a APS com os demais pontos de atenção, bem como a padronização de protocolos clínicos, são medidas essenciais para assegurar a integralidade do cuidado. Tais ações contribuem para qualificar os encaminhamentos e a assistência à saúde, promovendo equidade do acesso e coordenação efetiva do cuidado às pessoas com obesidade^{23,29}.

O fortalecimento da subdimensão 'Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação' da gestão municipal é fundamental para que a atenção nutricional

seja efetivamente incorporada como prioridade na agenda da saúde. A ausência de um planejamento estruturado e de mecanismos de monitoramento e avaliação compromete a efetividade das ações, dificultando a continuidade e a qualificação das estratégias implementadas³⁰.

Nesse contexto, a integração com outras áreas técnicas da APS pode potencializar o impacto das ações, ampliando o alcance e a resolutividade no enfrentamento da obesidade. Para que isso ocorra, é fundamental garantir uma gestão orçamentária e financeira adequada, bem como valorizar o nutricionista como agente estratégico e técnico na coordenação e execução das ações de alimentação e nutrição no município, aspectos que apresentaram desempenho mediano nessa subdimensão. Tais ações devem estar regulamentadas por uma política de alimentação e nutrição municipal que dialogue com outras políticas públicas em desenvolvimento e esteja alinhada com a Política Nacional de Nutrição e Alimentação (PNAN) no âmbito federal³⁰.

Com relação à articulação intersetorial, os resultados indicam a necessidade de avanços adicionais. A gestão municipal demonstra compromisso com a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade ao integrar a área técnica de alimentação e nutrição nas instâncias de planejamento e gestão da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), educação e assistência social³¹, reconhecendo a obesidade como uma condição influenciada por determinantes sociais, desigualdades de acesso e ambientes alimentares obesogênicos³². Para além das ações envolvendo a área técnica da pasta, é fundamental que as equipes de saúde promovam e viabilizem ações intersetoriais, envolvendo estruturas e equipamentos de diferentes setores de governo e da sociedade civil³².

Ademais, a gestão municipal reforça seu compromisso com a atenção nutricional no enfrentamento da obesidade quando respeita e garante a participação do controle social na formulação, fiscalização e deliberação das políticas de saúde, incluindo aquelas para o enfrentamento

da obesidade, garantindo transparência e corresponsabilização no processo^{23,33}.

Na 'Vigilância Alimentar e Nutricional', o destaque positivo foi para o acompanhamento do estado nutricional e consumo alimentar da população e para o planejamento local. Esses resultados indicam a preocupação das equipes com o monitoramento contínuo dos marcadores de alimentação e nutrição que sinalizam os fatores de risco associados à obesidade^{27,34,35}.

Ainda nessa subdimensão, o planejamento das ações para o enfrentamento da obesidade deve estar incorporado à rotina de trabalho das equipes da APS, com base no reconhecimento das necessidades de saúde do território. Contudo, o indicador referente à apropriação do território apresentou resultado muito incipiente. Tal achado pode estar relacionado à atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ocorrida em 2017, que possibilitou a composição das equipes de atenção básica sem a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS), figura fundamental na mobilização, orientação comunitária e na compreensão territorial^{36,37}.

Na 'Promoção à saúde e prevenção à obesidade', o resultado insatisfatório com relação à articulação intersetorial para a PAAS evidencia os desafios enfrentados pelas equipes de atenção primária no desenvolvimento das ações intersetoriais. Tais ações precisam ser ampliadas, fortalecidas e integradas com instituições e demais equipamentos públicos sociais existentes nos territórios, induzindo uma APS acolhedora, ordenadora e resolutiva, capaz de construir vínculos positivos e implementar intervenções clínicas e sanitárias efetivas para os problemas relacionados à obesidade³⁸.

Além disso, a PAAS e o incentivo à prática de atividades físicas constituem vertentes fundamentais da promoção à saúde, as quais devem ser incorporadas pelas equipes de APS. Elas integram uma agenda estratégica de intervenções para prevenção da obesidade no território, refletindo o componente assistencial da atenção nutricional ao enfrentamento desse agravo²⁷.

Por fim, na subdimensão ‘Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais’, a avaliação revelou que as UBS demonstram preocupação com a identificação, o diagnóstico precoce e a estratificação de risco da obesidade. O acesso a exames diagnósticos na APS pressupõe a qualidade do atendimento clínico e adequação dos tratamentos conforme a conduta profissional. A partir do diagnóstico, estabelece-se a estratificação de risco da população, considerando a classificação do seu estado nutricional e a presença de sinais e sintomas associados, com o objetivo de promover equidade no acesso à saúde^{1,11,13,39}.

Em contrapartida, o resultado incipiente para o indicador ‘Organização do Cuidado’ pode estar relacionado com a dificuldade na implantação das Linhas de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no SUS (LCSO)⁴⁰, as quais orientam, na perspectiva da gestão, o itinerário de cuidados dos usuários na rede de atenção. No âmbito da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas, é fundamental reconhecer a obesidade como doença complexa e importante fator de risco para outras doenças e agravos, como as cardiovasculares e o câncer⁶. Nesse sentido, o modelo de avaliação para o enfrentamento da obesidade destaca a necessidade de posicionar essa condição como uma agenda prioritária para a gestão e a assistência em saúde.

O modelo avaliativo proposto demonstrou capacidade de identificar fragilidades e fortalecer na implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade no contexto da APS, contribuindo para orientar e subsidiar gestores na tomada de decisões e no aprimoramento das estratégias de cuidado. Além disso, apresenta o potencial para aplicação em outras pesquisas, em diferentes realidades, e que busquem analisar em profundidade as características do contexto local. Como limitação, destaca-se a ausência de observação direta *in loco* dos resultados reportados, o que pode implicar alguma imprecisão nas informações fornecidas pelos respondentes.

Considerações finais

Os resultados desta pesquisa revelam um cenário preocupante sobre a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS em Santa Catarina, sendo o grau de implantação classificado como incipiente em 76,4% das unidades básicas de saúde analisadas e associado ao porte populacional do município. O modelo avaliativo utilizado nesta avaliação apresenta duas dimensões de análise, a gestão e a assistência, sendo que a assistência apresentou o melhor desempenho comparado com a gestão.

Identificou-se que grande parte das equipes realiza atividades de promoção à saúde e ações de vigilância alimentar e nutricional, bem como oferece atenção interdisciplinar e multiprofissional e conta, em diferentes graus, com profissionais qualificados. No entanto, essas equipes apresentam importantes deficiências relacionadas à infraestrutura, às condições para o acesso à saúde, aos fluxos e padronização da atenção, à apropriação do território e à organização do cuidado à pessoa com obesidade. Essas fragilidades indicam ações de saúde focalizadas e desarticuladas, impondo grandes desafios a serem superados pela gestão municipal.

Com a recente retomada das equipes multiprofissionais no contexto da APS, seria oportuna uma nova consulta junto às UBS para o diagnóstico das ações desenvolvidas no novo formato de atuação. O cumprimento das ações de alimentação e nutrição previstas para o enfrentamento da obesidade pode auxiliar no processo de construção das Linhas de Cuidado ao Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do SUS, considerando o papel da APS na coordenação do cuidado em saúde.

Contribuições de autoria

Petrolini RS (0000-0002-1992-8189)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta,

análise e interpretação dos dados, redação e aprovação final do manuscrito. Lacerda JT (0000-0002-1992-4030)* e Machado PMO (0000-0002-8630-8318)* contribuíram para

concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025;13(3):221-262. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(24\)00316-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00316-4)
2. Food and Agriculture Organization of the United Nations; International Fund for Agricultural Development; United Nations Children's Fund; World Food Programme; World Health Organization. The State of Food Security and Nutrition in the World 2025. Addressing high food price inflation for food security and nutrition [Internet]. Rome: FAO; 2025 [acesso em 2026 jan 30]. Disponível em: <https://doi.org/10.4060/cd6008en>
3. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet.* 2024;403(10431):1027-50. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2)
4. World Obesity Federation. Atlas Mundial da Obesidade 2024 [Internet]. Londres: WOF; 2024 [acesso em 2026 jan 30]. Tradução: Instituto Cordial. Disponível em: <https://lp2.institutocordial.com.br/pbo-196-atlas-24>
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil [Internet]. Vol. 1. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2025 ago 11]. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>
6. Lee JW, Choi YE, Kim DW, et al. Trends in socioeconomic costs of morbid obesity among Korean adults, 2009-2013: Data from National Health Insurance Service. *Obes Res Clin Pract.* 2018;12(4):389-93. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2017.04.010>
7. Campbell-Scherer D, Walji S, Kemp A, et al. Primary Care and Primary Healthcare in Obesity Management. In: Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines [Internet]. [local desconhecido]: Obesity Canada; 2020 [acesso em 2025 ago 11]. p. 1-14. Disponível em: <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2025/03/15-Canadian-Adult-Obesity-CPG-Primary-Care.pdf>
8. Hawkes C, Demaio AR, Branca F. Double-duty actions for ending malnutrition within a decade. *Lancet Glob Health.* 2017;5(8):e745-6. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30204-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30204-8)
9. Hill JO. Understanding and addressing the epidemic of obesity: an energy balance perspective. *Endocr Rev.* 2006;27(7):750-61. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30204-8.10.1210/er.2006-0032](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30204-8.10.1210/er.2006-0032)
10. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet.* 2019;393(10173):791-846. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. 1ª ed., 1ª

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2025 ago 11]. 84 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2025 ago 11]. 212 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
 13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2025 ago 11]. 55 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf
 14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 maio 28; Edição 101; Seção I:29-30.
 15. Machado PMO, Lacerda JT. Avaliação de Programas de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde: análise de implantação. In: Cruz MM, Barros DC, Vitorino SAV. Avaliação das políticas de alimentação e nutrição: contribuições teóricas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023. p. 639.
 16. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 292 p.
 17. Denis JL, Champagne F. Análise da Implantação. In: Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88.
 18. Souza R, Lacerda JT, Machado PMO. Atenção nutricional no enfrentamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde: proposta de modelo avaliativo. Saúde Debate. 2025;49(144):e9435. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449435P>
 19. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 153; Seção 1:44-6.
 20. Machado PMO, Lacerda JT, Colussi CF, et al. Estrutura e processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2014. Epidemiol Serv Saúde. 2021;30(2):e2020635. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200015>
 21. Brandão AL, Reis EC, Silva CVC, et al. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. Saúde Debate. 2020;44(126):678-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012607>
 22. Reis EC, Brandão AL, Casemiro JP. Práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e processos de trabalho. DEMETRA. 2021;16:e55647. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2021.55647>
 23. Brandão AL, Casemiro JP, Reis EC, et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e119. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.119>
 24. Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2020;36(3):e00093419. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00093419>

25. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., editoras. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. 2ª ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 493-545. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0019>
26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2025 ago 11]. 56 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf
27. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2020;44:e39. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>
28. Starfield B. Atenção Primária Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
29. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e180. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>
30. Bortolini GA, Pereira TN, Nilson EAF, et al. Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37:e00152620. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00152620>
31. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (BR), Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade: obesidade como questão social e interseccional [Internet]. Ouro Preto: ENUT/UFOP; 2025 [acesso em 2026 jan 22]. 80 p. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/promocao-da-alimentacao-adequada-e-saudavel/estrategia-de-prevencao-da-obesidade/publicacoes/material_orientador_da_estrategia.pdf
32. Melo FCT, Carvalho DF. Intersectoriality of food and nutrition initiatives: relationship with the prevalence of obesity in the State of Paraíba. *Rev Nutr*. 2022;35:e220065. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202235e220065>
33. Trad LAB, Esperidião MA. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(Supl 1):557-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500008>
34. Silva NJ, Silva JFM, Carrilho TRB, et al. Quality of child anthropometric data from SISVAN, Brazil, 2008-2017. *Rev Saúde Pública*. 2023;57:62. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004655>
35. Campos DS, Fonseca PC. A vigilância alimentar e nutricional em 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Cad Saúde Pública*. 2021;37:e00045821. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00045821>
36. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(Esp 1):244-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
37. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2017 set 21; Edição 183; Seção I:68-76.
38. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? *Saúde Debate*. 2014;38(Esp):69-82. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S006>
39. Alberto NSMC, Barros DC, Vitorino SAS, et al. Disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no estado do Piauí. *Saúde Debate*. 2022;46(133):405-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213311>

40. Ferreira CR, Cesse EÂP, Alves CKA. Avaliação do grau da implantação da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade na Região de Saúde Central do Distrito Federal [dissertação]. Brasília, DF: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2021. 120 f.

Recebido em 12/08/2025

Aprovado em 27/02/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq) por meio da Chamada CNPQ/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26/2018 e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) (número do Processo 1803560), mediante concessão de bolsa para Petrolini RS durante o desenvolvimento desta pesquisa

Editora responsável: Camila Elizandra Rossi, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFSS), Realeza (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4570265927067952>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0925-0703>, e-mail: camilarossi@uffs.edu.br