



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**NICOLLE LEHRER CORRÊA**

**ANÁLISE DOS INDICADORES DE OBESIDADE RELACIONADOS À COBERTURA E  
CAPACIDADE INSTALADA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SANTA  
CATARINA**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2023**

NICOLLE LEHRER CORRÊA

ANÁLISE DOS INDICADORES DE OBESIDADE RELACIONADOS À COBERTURA E  
CAPACIDADE INSTALADA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SANTA  
CATARINA

Trabalho de Conclusão de Curso, referente à disciplina:  
Trabalho de conclusão do curso II (INT5182) do Curso de  
Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa  
Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau em  
Enfermeiro.

Orientadora: Profª Dra. Monica Motta Lino

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2023**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Corrêa , Nicolle Lehrer

Análise dos indicadores de obesidade relacionados à  
Cobertura e Capacidade Instalada da Atenção Primária à Saúde  
em Santa Catarina / Nicolle Lehrer Corrêa ; orientador,  
Monica Motta Lino, 2023.

79 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências  
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Enfermagem. I. Lino, Monica Motta. II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III.  
Título.

Nicolle Lehrer Corrêa

ANÁLISE DOS INDICADORES DE OBESIDADE RELACIONADOS À COBERTURA E  
CAPACIDADE INSTALADA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SANTA  
CATARINA

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeira” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 05 de abril de 2023



Documento assinado digitalmente  
**Margarete Maria de Lima**  
Data: 05/04/2023 14:20:52-0300  
CPF: \*\*\*.209.849-\*\*  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof<sup>a</sup>. Dra. Margarete Maria de Lima  
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem

**Banca Examinadora:**



Documento assinado digitalmente  
**Monica Motta Lino**  
Data: 05/04/2023 14:50:02-0300  
CPF: \*\*\*.567.539-\*\*  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof<sup>a</sup>. Dra. Monica Motta Lino  
Orientadora e Presidente



Documento assinado digitalmente  
**Felipa Rafaela Amadigi**  
Data: 05/04/2023 14:08:11-0300  
CPF: \*\*\*.665.189-\*\*  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof.<sup>a</sup>Dra. Felipa Rafaela Amadigi  
Membro Efetivo



Documento assinado digitalmente  
**PATRICIA RIBEIRO AZEVEDO**  
Data: 05/04/2023 14:09:11-0300  
CPF: \*\*\*.011.523-\*\*  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof.<sup>a</sup>Dra Patricia Ribeiro Azevedo  
Membro Efetivo



Documento assinado digitalmente  
**Rosani Ramos Machado**  
Data: 05/04/2023 18:17:32-0300  
CPF: \*\*\*.290.169-\*\*  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof.<sup>a</sup>Dra Rosani Ramos Machado  
Membro Suplente

### **Dedicatória**

Dedico este trabalho a minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dra Monica Motta Lino, pela sua dedicação durante todo o processo de desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela minha caminhada até aqui.

A minha família por toda a dedicação e amor.

Aos professores por todos os ensinamentos e oportunidades.

Aos meus amigos por todo entretenimento e momentos de risada.

Sem vocês nada teria sido tão especial como foi.

Sinto muito.

Me perdoe.

Eu te amo.

Sou grata.

P.O.I.

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por garantir o acesso universal, integral e gratuito à saúde para todos os cidadãos brasileiros, por meio de serviços de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, através dos seus principais princípios: universalidade, integralidade e equidade. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para o sistema de saúde no Brasil, considerada como uma das principais estratégias para a promoção da saúde, além de servir como instrumento para construção de indicadores de saúde e análise da saúde pública. Para efetividade do sistema, é necessária uma cobertura e a capacidade instalada adequada da APS, indicando a proporção da população que tem acesso aos serviços oferecidos neste nível de atenção por meio da proporção do número de unidades de saúde e equipes de saúde da família disponíveis diante dos usuários cadastrados na unidade de saúde, bem como qualidade desse acesso à população por meio da disponibilidade de equipamentos e medicamentos. No âmbito dos agravos de relação direta com o atendimento primário, têm-se a obesidade como um problema crescente de saúde pública, sendo uma doença crônica não transmissível que pode levar a outras doenças metabólicas, cardiovasculares e respiratórias. A obesidade tem uma relação direta com a atenção primária à saúde e o SUS, uma vez que a prevenção e o controle dessa doença são fundamentais para a promoção da saúde e prevenção de. Neste sentido, a pesquisa objetivou analisar os indicadores de obesidade e o estado nutricional relacionados a cobertura e capacidade instalada da Atenção Primária à Saúde nas Regiões de Saúde de Santa Catarina. Trata-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo, por meio da análise do corte dos dados públicos provenientes do e-Gestor AB da população compreendida por pessoas com indicadores de sobrepeso e obesidade residentes no Estado de Santa Catarina. Foram extraídos e correlacionados dados referentes ao estado nutricional, e Cobertura e Capacidade Instalada da Atenção Primária à Saúde. Através da organização e a análise dos dados no mês de março de 2023 com o suporte do Software EPIINFO® versão 7.2.5, observa-se que o Estado de Santa Catarina compreende uma cobertura e capacidade instalada de 95.27%, sendo subdividido por Regiões de Saúde: Alto Uruguai Catarinense (80,30%), Alto Vale do Itajaí (94,15%), Alto Vale do Rio do Peixe (80,94%), Carbonífera (86,42%), Extremo Oeste (99,87%), Extremo Sul Catarinense (88,87%), Foz do Rio Itajaí (79,41%), Grande Florianópolis (91,11%), Laguna (99,48%), Médio Vale do Itajaí (95,82%), Meio Oeste (91,75%), Nordeste (85,12%), Oeste (100%), Planalto Norte (85,19%), Serra Catarinense (95,76%), Vale do Itapocú (59,85%), Xanxerê (94,64%). Além de que o estado nutricional dos indivíduos das Regiões de Saúde catarinense em janeiro de 2023 foi superior em sobrepeso + obesidade comparado ao eutrófico: Alto Uruguai Catarinense (69,13%), Alto Vale do Itajaí (72,68%), Alto Vale do Rio do Peixe 71,21%), Carbonífera (68,75%), Extremo Oeste (68,6%), Extremo Sul Catarinense (70,82%), Foz do Rio Itajaí (69,42%), Grande Florianópolis (71,02%), Laguna (71,18%), Médio Vale do Itajaí (68,73%), Meio Oeste (69,49%), Nordeste (75,43%), Oeste (71,56%), Planalto Norte (70,77%), Serra Catarinense (72,11%), Vale do Itapocú (70,76%), Xanxerê (70,1%). Com isso, considera-se que ao longo os índices de sobrepeso e obesidade na sociedade são elevados, o que indica que as políticas públicas atualmente em vigor não estão surtindo o efeito esperado, além das limitações dos próprios indicadores utilizados para mensurar essas condições. Deve-se refletir sobre a efetividade das ações implementadas e avaliar se elas estão sendo desenvolvidas de forma adequada para atender às necessidades da população, além de ofertar a Educação Permanente de trabalhadores da saúde, reforçar ações de promoção da alimentação saudável e prática de atividade física, construção de políticas públicas que contemplem dimensões desde a prevenção até o tratamento e acompanhamento de pessoas com sobrepeso ou obesidade. É fundamental compreender que a obesidade é uma doença complexa, que envolve diversos fatores biológicos,

comportamentais, psicológicos e sociais. Portanto, é necessário adotar uma abordagem humanizada e integral no cuidado, valorizando as suas características e singularidades. É preciso promover a saúde e o bem-estar de forma inclusiva e respeitosa, reconhecendo que cada indivíduo tem suas particularidades e necessidades específicas.

**Palavras-chave:** Obesidade; Cobertura APS; Capacidade Instalada APS; Regiões de saúde; Saúde Pública; Promoção de Saúde; Prevenção; Monitoramento; IMC; Santa Catarina; Brasil.

CORRÊA, Nicolle Lehrer. Análise dos indicadores de obesidade relacionados a cobertura e capacidade instalada da Atenção Primária à Saúde nas Regiões de Saúde de Santa Catarina. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023, abril. Orientadora: Monica Motta Lino.



## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Estado nutricional de indivíduos acompanhados por Região de Saúde, no Estado de Santa Catarina, no ano 2023, fase da vida (adulto) e índice (baixo peso, eutrófico, sobrepeso, obesidade grau I, II e III). Florianópolis, SC, 2023 \_\_\_\_\_ 44
- Tabela 2:** Cobertura da Atenção Primária de Saúde do Estado de Santa Catarina. \_\_\_\_\_ 45
- Tabela 3:** Cobertura e Capacidade Instalada da Atenção Primária de Saúde das Regiões de Saúde de Santa Catarina. \_\_\_\_\_ 45

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Contexto das Condições Crônicas de Saúde, segundo o Atlas da Situação Alimentar e Nutricional no Brasil.	19
<b>Figura 2.</b> Análise da situação alimentar e nutricional do território e seus determinantes. 2020.	20
<b>Figura 3.</b> Análise da situação alimentar e nutricional de adultos acompanhados na Atenção Primária de Saúde do Brasil no ano 2019. SISVAN, MS, 2020.	21
<b>Figura 4.</b> Descrição da situação nutricional de adultos acompanhados na Atenção Primária à Saúde das regiões brasileiras (2019). SISVAN, MS, 2020	22
<b>Figura 5.</b> Atlas da situação alimentar e nutricional da população adulta do Brasil (2019). SISVAN, MS, 2020.	23
<b>Figura 6.</b> Variação temporal da prevalência de excesso de peso entre adultos no Brasil (2019). SISVAN, MS, 2020.	24
<b>Figura 7.</b> Variação temporal da prevalência da obesidade entre adultos no Brasil (2019). SISVAN, MS, 2020.	25
<b>Figura 8:</b> Método de cálculo da Capacidade Instalada	26
<b>Figura 9:</b> SC é p segundo estado com maior Cobertura da APS do Brasil.	26
<b>Figura 10.</b> Atribuições da Atenção Primária à Saúde na Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade. 2022.	27
<b>Figura 11.</b> Componentes do processo de cuidado: identificação do usuário; abordagem inicial e acolhimento; abordagem individual; abordagem transversal e; abordagem coletiva. 2022.	28
<b>Figura 12.</b> Cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde. 2022.	32
<b>Figura 13.</b> Cuidado às pessoas com sobrepeso na Atenção Primária à Saúde. 2022.	33
<b>Figura 14.</b> Cuidado às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde. 2022.	33

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1.** Indicadores e metas de acompanhamento aos indivíduos com sobrepeso e obesidade. 2022. \_\_\_\_\_ 36

**Quadro 2.** Distribuição dos dados da população do estudo segundo mês de referência de publicação, período em que o dado foi colhido e fonte de coleta. Florianópolis, SC, Brasil. 2023. \_\_\_\_\_ 38

**Quadro 3.** Detalhamento da coleta de dados do estudo a partir do e-Gestor AB. Florianópolis, SC, Brasil. 2023. \_\_\_\_\_ 38

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS - Atenção Primária à Saúde

AVD - atividades da vida diárias

DCNT's - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IMC - Índice de Massa Corporal

LCSO - Linhas de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do SUS

MS - Ministério da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

PCDT - Ações de manejo individual conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PIB - Produto Interno Bruto do País

PICS - Práticas Integrativas e Complementares

SISVAN - Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional

UBS - Unidades Básicas de Saúde

VAN - Vigilância Alimentar e Nutricional

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 GERAL.....	17
2.2 ESPECÍFICOS.....	17
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3.1 CONTEXTO BRASILEIRO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE: EM FOCO, A OBESIDADE.....	18
3.2 COBERTURA E CAPACIDADE INSTALADA.....	26
3.3 CUIDADO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	27
3.3.1 Identificação do Usuário.....	28
3.3.2 Abordagem inicial, acolhimento e abordagem individual.....	29
3.3.3 Abordagem transversal e coletiva.....	30
3.3.4 Abordagem inclusiva e ferramenta 5As.....	31
3.3.5 Modelo de abordagem.....	32
3.3.6 A importância do cuidado longitudinal e como apoiar a manutenção da perda de peso.....	34
3.3.7 Monitoramento e Avaliação.....	35
4 METODOLOGIA.....	37
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO/TIPO DE ESTUDO.....	37
4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	37
4.3 LOCAL DO ESTUDO/COLETA DE DADOS.....	38
4.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	39
5 RESULTADOS.....	39
5.1 OBESIDADE: ANÁLISE DAS REGIÕES DE SAÚDE CATARINENSES DE ACORDO COM A COBERTURA E A CAPACIDADE INSTALADA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	41
RESUMO.....	41
INTRODUÇÃO.....	41
MÉTODO.....	42
RESULTADOS.....	43
DISCUSSÃO.....	46

CONCLUSÃO .....	50
REFERÊNCIAS .....	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	52
REFERÊNCIAS .....	54
APÊNDICE I - COBERTURA ATENCAO PRIMARIA À SAÚDE EM SANTA CATARINA POR REGIÃO DE SAÚDE .....	58
ANEXO I - Nota Técnica n. 006/2022 DAPS/SPS/SES/SC .....	70
ANEXO II - Nota Técnica n. 418/2021 CGGAP/DESF/SAPS/MS .....	75

## 1 INTRODUÇÃO

Criado em 1988 pela Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por garantir o acesso universal, integral e gratuito à saúde para todos os cidadãos brasileiros, por meio de serviços de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, através dos seus principais princípios: universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2022).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um nível de atenção à saúde que faz parte do SUS e é a porta de entrada para o sistema de saúde no Brasil e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS. Ela é caracterizada pela oferta de serviços de saúde de forma contínua, integral e coordenada, com o objetivo de prevenir e tratar as doenças mais comuns na população, bem como promover a saúde e prevenir complicações e agravos. Oferece atendimento através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) - estruturas físicas próximas à residência das pessoas. Contam com equipes multidisciplinares compostas de modo geral por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde, ofertando serviços médicos, de enfermagem, vacinas, atendimentos odontológicos, entre outros (BRASIL, 2015).

Considerada como uma das principais estratégias para a promoção da saúde, a APS serve como instrumento para construção de indicadores de saúde e análise da saúde pública. Além disso, a APS também é um importante mecanismo de inclusão social, uma vez que garante o acesso à saúde para todos os cidadãos, independentemente de sua condição socioeconômica ou de sua localização geográfica (MENDES, 2012).

Para efetividade do sistema, é necessária uma cobertura adequada da APS, indicando a proporção da população que tem acesso aos serviços oferecidos neste nível de atenção, e por consequência reduzindo a sobrecarga de hospitais e serviços de alta complexidade, promovendo o cuidado integral e centrado no usuário e melhora a qualidade de vida da população. Esta cobertura da APS é avaliada utilizando diferentes indicadores, tais como o número de unidades de saúde e equipes de saúde da família disponíveis, a proporção de usuários cadastrados na unidade de saúde, a taxa de consultas médicas e de enfermagem por habitante, entre outros, permitindo avaliar a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde pela população e monitorar a efetividade das políticas públicas (BRASIL, 2022).

Entretanto, de nada convém ter uma ótima cobertura se não há uma infraestrutura e tecnologia adequadas do serviço para atender a população. Por conta disso, outra medida importante é a capacidade instalada na APS que vem com o intuito de avaliar a capacidade do

sistema de saúde em fornecer serviços de qualidade e acesso à população. Para esse indicador, avaliam-se ferramentas como número de unidades por habitante, disponibilidade de equipamentos e medicamentos, além da taxa de cobertura da Estratégia Saúde da Família e o número de profissionais por habitante (BRASIL, 2022).

No âmbito dos agravos de relação direta com o atendimento primário, têm-se a obesidade como um problema crescente de saúde pública, não só no Brasil, mas em todo o mundo. Esta doença crônica não transmissível pode levar a outras doenças, a exemplo de diabetes e hipertensão arterial, bem como outras cardiovasculares e respiratórias. A atenção primária à saúde é o primeiro nível de atendimento médico no SUS e é responsável por prevenir, tratar e controlar a obesidade em indivíduos e comunidades (BRASIL, 2022).

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde oferece atendimento clínico e multidisciplinar, com equipe formada por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e outros profissionais de saúde que trabalham em conjunto para oferecer orientações nutricionais, incentivar a prática regular de atividade física, monitorar a pressão arterial, realizar exames laboratoriais e prescrevem medicamentos necessários. O SUS, por sua vez, oferece também programas de prevenção e controle da obesidade, como o Programa Saúde na Escola e o Programa Academia da Saúde (MENDES, 2012).

Portanto, a obesidade tem uma relação direta com a atenção primária à saúde e o SUS, uma vez que a prevenção e o controle dessa doença são fundamentais para a promoção da saúde e prevenção de outras doenças crônicas.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Analisar os indicadores de obesidade relacionados a cobertura e capacidade instalada da Atenção Primária à Saúde nas Regiões de Saúde de Santa Catarina.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

**2.2.1** Descrever o estado nutricional de pessoas acompanhadas, por Região de Saúde, no Estado de Santa Catarina, no ano de 2023, na fase da vida adulta e de acordo com os índices baixo peso, eutrófico, sobrepeso, obesidade grau I, II e III.

**2.2.2** Descrever a Cobertura e a Capacidade Instalada da Atenção Primária à Saúde do Estado de Santa Catarina para o atendimento de pessoas com sobrepeso e obesidade.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

A revisitação de conteúdo é etapa fundamental de uma pesquisa científica. A Revisão da Literatura é considerada um ponto de partida para a investigação, que pressupõe conhecer, compreender, avaliar e sintetizar investigações já realizadas. Oportuniza identificar novas abordagens, avaliar métodos de pesquisa e, ainda, colaborar na delimitação de um problema da investigação. Assim, de modo a ampliar a familiarização com o tema, esta etapa reúne aspectos indissociáveis e convergentes, que estão organizados nas seguintes estruturas:

- I.Contexto Brasileiro das Condições Crônicas de Saúde: em foco, a obesidade;
- II.Cobertura e capacidade instalada
- III.Cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde.

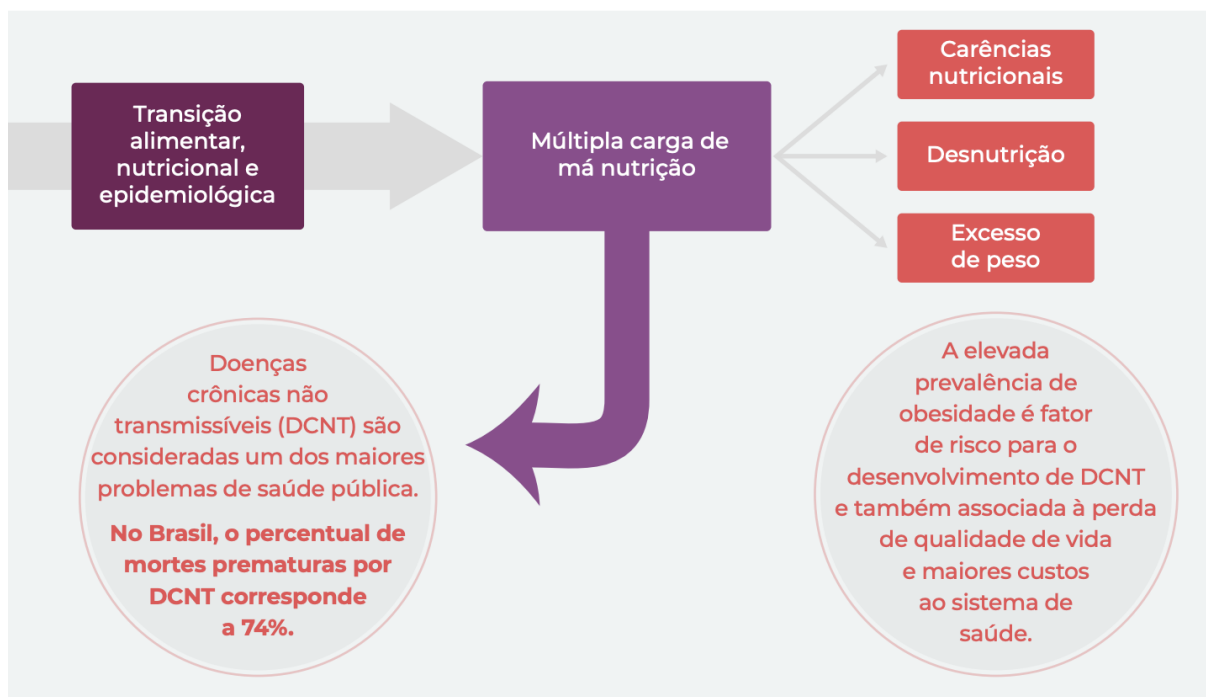
#### 3.1 CONTEXTO BRASILEIRO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE: EM FOCO, A OBESIDADE

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's) são patologias não infecciosas provenientes de diversas causas e fatores de risco como má alimentação, tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e inatividade física, sem idade pré-definida para seu aparecimento, e sem cura, constituindo-se das principais causas de morte no País, destacando-se as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias, sendo um importante problema de saúde pública (FIGUEIREDO et al, 2021).

Mundialmente, a má alimentação lidera o ranking dos fatores de risco para doenças crônicas. No Brasil, o excesso de peso é um fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, responsáveis pela redução da expectativa de vida brasileira em 3 anos, e impactam na redução de 5% do Produto Interno Bruto do País (PIB) (BRASIL, 2020).

Segundo o Atlas da situação alimentar e nutricional no Brasil (2020), os fatores de risco relacionados à alimentação, reduzem mais anos de vida do que álcool, fumo, drogas e poluição, tendo a melhoria das condições de alimentação da população uma iniciativa que poderia prevenir uma em cada cinco mortes no mundo.

**Figura 1.** Contexto das Condições Crônicas de Saúde, segundo o Atlas da Situação Alimentar e Nutricional no Brasil. 2020.



**Fonte:** Atlas de Situação Alimentar e Nutricional População Adulta. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. p.1.

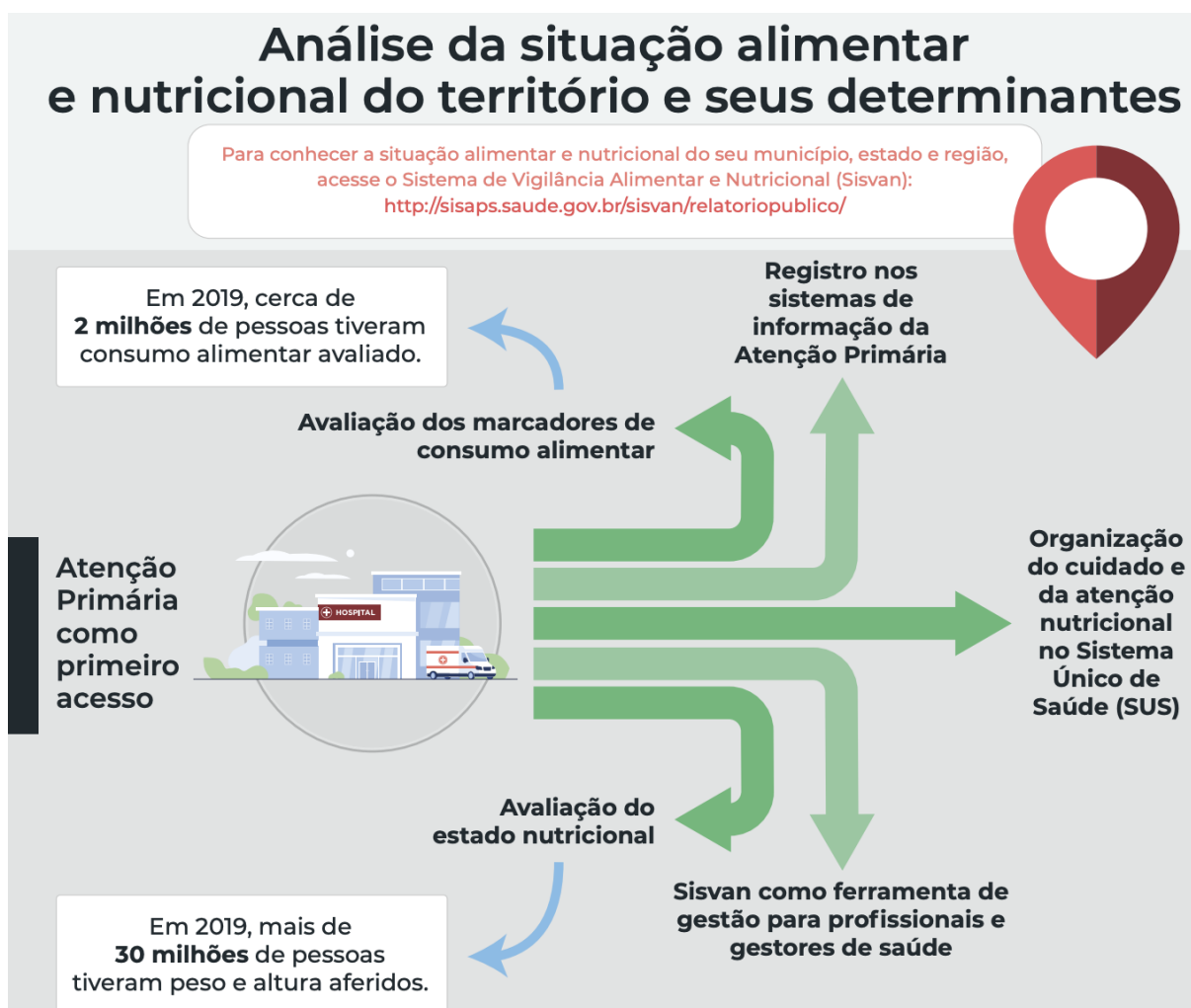
Em questões financeiras, os custos atribuídos à obesidade, relacionado a hospitalização e ambulatorios, em 2018, totalizaram R\$669 milhões, um aumento de 37% quando comparado ao ano de 2011. Além disso, sendo a obesidade fator de risco para hipertensão e diabetes, essas três totalizaram em 2018, um gasto ao SUS (medicamentos, procedimentos e hospitalizações) de R\$3,45 bilhões (BRASIL, 2020).

No contexto brasileiro de condições crônicas, cuja relevância do olhar tem sido intensificada sobre a situação alimentar das famílias, é fundamental destacar o papel da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). Trata-se de um conjunto de ações voltadas para a promoção da segurança alimentar e nutricional da população, por meio da coleta, análise e disseminação de informações sobre a situação alimentar e nutricional das pessoas (BRASIL, 2023).

No Brasil, a VAN é coordenada pelo Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que é responsável por monitorar e avaliar as condições alimentares e nutricionais da população, especialmente de crianças, gestantes e idosos em situação de vulnerabilidade social. O SISVAN utiliza indicadores nutricionais, como o Índice de Massa Corporal (IMC) e a estatura/idade, para avaliar o estado nutricional das pessoas. Além de que, o sistema realiza ações educativas e de promoção da alimentação saudável, como o incentivo

ao aleitamento materno, a distribuição de alimentos e suplementos nutricionais, e a capacitação de profissionais de saúde e nutrição. Em resumo, a VAN tem como objetivo garantir que todas as pessoas tenham acesso a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, promovendo a saúde e prevenindo doenças relacionadas à alimentação e nutrição (BRASIL, 2023)

**Figura 2.** Análise da situação alimentar e nutricional do território e seus determinantes. 2020.



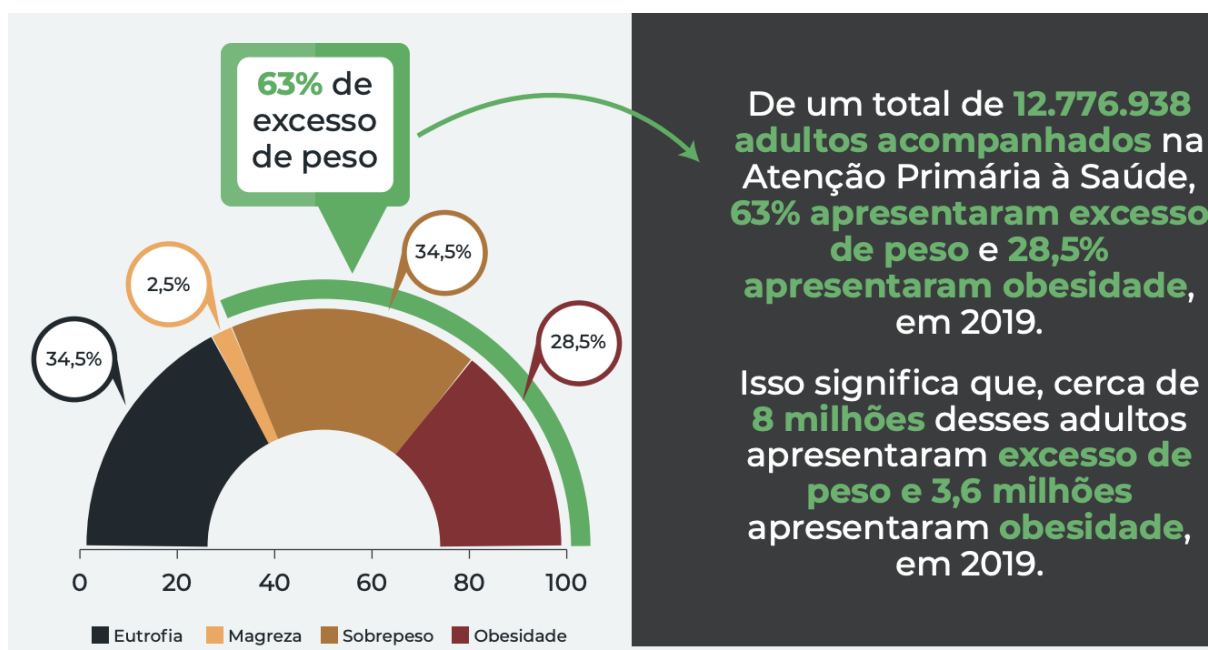
**Fonte:** Atlas de Situação Alimentar e Nutricional População Adulta. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. p.2.

A Atenção Básica é a principal porta de acesso ao SUS e suas redes de atenção, sendo guiada por princípios que buscam garantir um cuidado integral e coordenado para os usuários. As Unidades Básicas de Saúde são as principais estruturas físicas que prestam esses serviços e estão localizadas próximas às comunidades, o que facilita o acesso aos cuidados de saúde de qualidade. Oferecem uma ampla gama de serviços, desde consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, até administração de medicamentos e vacinas, tratamento de feridas, visitas domiciliares, atividades em grupo e educação em saúde (BRASIL, 2015).

É por meio da atenção básica que são realizados os registros, avaliações e indicadores de saúde pública do País. Sendo a obesidade considerada a prioridade global de saúde pública por sua magnitude em relação as doenças crônicas, tem a atenção básica como articuladora dos demais níveis de atenção por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência, relacionadas com as dimensões “organizativa” e “técnico assistencial” de reorientação dos modelos assistenciais, incluindo as “práticas de cuidado” na articulação entre promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação; no foco na família, grupos e comunidades; na compreensão dos condicionantes históricos, sociais, culturais do processo saúde/doença; nas relações acolhedoras, de vínculo, compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde, gestores e população; e na equipe multiprofissional (BURLANDY et al, 2020).

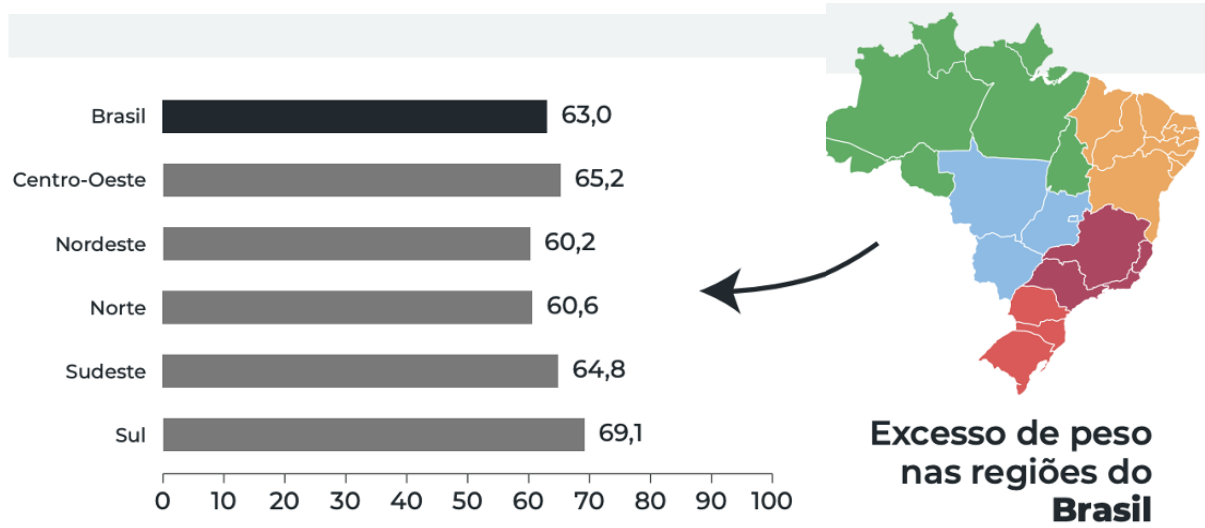
Através da análise dos dados coletados do SISVAN/2019, observa-se, através das Figuras três a sete abaixo que, de aproximadamente 13 milhões de adultos brasileiros, 63% apresentam excesso de peso. Ou seja, oito milhões, sendo mais da metade analisada, estão acima da eutrofia. Dentre esses, tem-se a região sul com maiores indicadores de pessoas adultas acima do peso, compreendendo os Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

**Figura 3.** Análise da situação alimentar e nutricional de adultos acompanhados na Atenção Primária de Saúde do Brasil no ano 2019. SISVAN, MS, 2020.



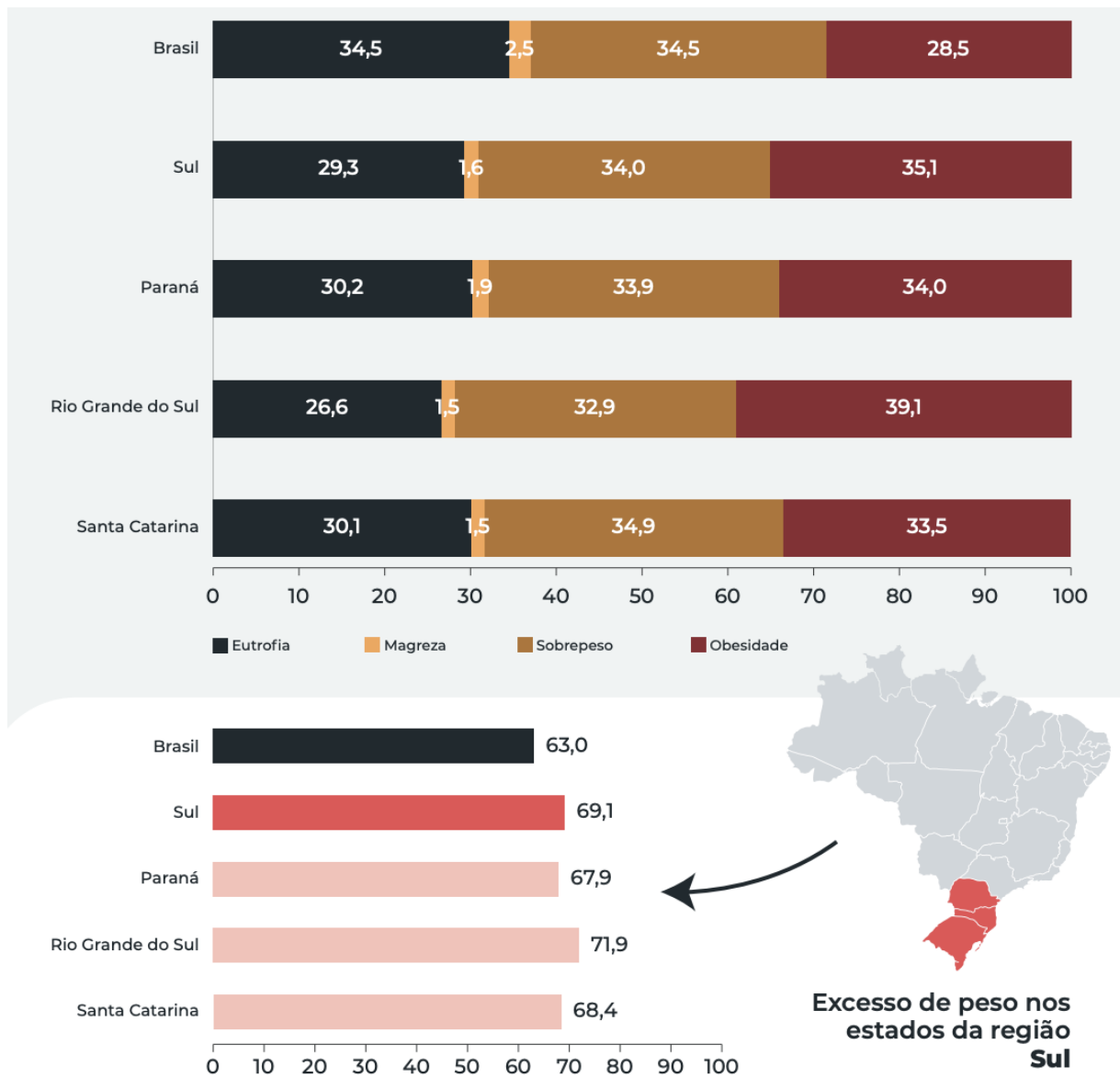
**Fonte:** Atlas de Situação Alimentar e Nutricional População Adulta. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. p.3.

**Figura 4.** Descrição da situação nutricional de adultos acompanhados na Atenção Primária à Saúde das regiões brasileiras (2019). SISVAN, MS, 2020.



**Fonte:** Atlas de Situação Alimentar e Nutricional População Adulta. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. p.10.

**Figura 5.** Atlas da situação alimentar e nutricional da população adulta do Brasil (2019). SISVAN, MS, 2020.



**Fonte:** Atlas de Situação Alimentar e Nutricional População Adulta. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. p.5.

**Figura 6.** Variação temporal da prevalência de excesso de peso entre adultos no Brasil (2019). SISVAN, MS, 2020.

<b>Estado, Região e Brasil</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Distrito Federal	59,8	59,7	60,1	63,6	64,5
Goiás	58,3	59,8	59,7	61,2	62,0
Mato Grosso do Sul	66,7	66,4	67,5	68,0	69,3
Mato Grosso	60,9	61,5	64,1	65,0	66,7
<b>Centro-Oeste</b>	<b>60,8</b>	<b>61,6</b>	<b>62,7</b>	<b>64,0</b>	<b>65,2</b>
Alagoas	59,0	59,2	61,0	63,2	63,7
Bahia	53,9	54,1	55,9	57,8	58,5
Ceará	58,9	60,1	61,4	63,4	64,7
Maranhão	51,0	49,9	51,0	53,8	54,6
Paraíba	59,6	59,0	60,4	62,1	62,5
Pernambuco	57,4	57,8	58,7	60,2	60,6
Piauí	52,4	52,7	55,0	56,9	57,9
Rio Grande do Norte	63,0	62,2	64,6	66,3	66,9
Sergipe	56,1	56,1	57,0	59,1	60,3
<b>Nordeste</b>	<b>55,9</b>	<b>56,0</b>	<b>57,5</b>	<b>59,5</b>	<b>60,2</b>
Acre	57,3	57,5	58,6	60,0	59,9
Amazonas	61,2	59,5	60,0	63,1	63,7
Amapá	63,7	60,7	62,1	63,8	63,5
Pará	53,4	53,0	54,8	57,5	58,4
Rondônia	56,6	58,0	59,0	60,6	61,4
Roraima	63,1	61,6	64,4	64,1	64,4
Tocantins	55,9	57,2	57,7	59,0	60,6
<b>Norte</b>	<b>56,5</b>	<b>56,2</b>	<b>57,3</b>	<b>59,7</b>	<b>60,6</b>
Espírito Santo	61,3	61,2	63,1	64,6	65,3
Minas Gerais	57,9	58,9	59,5	60,6	61,8
Rio de Janeiro	64,9	63,6	63,5	66,0	65,3
São Paulo	66,0	66,8	67,7	68,8	69,8
<b>Sudeste</b>	<b>61,9</b>	<b>62,3</b>	<b>62,6</b>	<b>63,9</b>	<b>64,8</b>
Paraná	62,9	63,8	65,2	66,9	67,9
Rio Grande do Sul	69,2	68,3	70,1	70,9	71,9
Santa Catarina	65,6	65,3	66,7	67,7	68,4
<b>Sul</b>	<b>65,8</b>	<b>65,6</b>	<b>67,1</b>	<b>68,3</b>	<b>69,1</b>
<b>Brasil</b>	<b>58,6</b>	<b>59,0</b>	<b>60,2</b>	<b>62,0</b>	<b>63,0</b>

**Fonte:** Atlas de Situação Alimentar e Nutricional População Adulta. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. p.11.



**Figura 7.** Variação temporal da prevalência da obesidade entre adultos no Brasil (2019). SISVAN, MS, 2020.

<b>Estado, Região e Brasil</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Distrito Federal	25,8	26,1	26,5	29,0	30,2
Goiás	26,9	27,7	26,4	27,3	28,5
Mato Grosso do Sul	33,3	33,2	34,5	35,2	36,6
Mato Grosso	27,5	27,9	29,8	30,8	32,6
<b>Centro-Oeste</b>	<b>28,4</b>	<b>28,8</b>	<b>29,1</b>	<b>30,1</b>	<b>31,8</b>
Alagoas	24,3	24,7	26,0	28,0	29,1
Bahia	20,3	20,6	21,7	23,2	24,2
Ceará	22,7	23,9	24,7	26,2	28,1
Maranhão	17,0	16,4	17,2	18,6	19,3
Paraíba	23,8	23,9	25,0	26,2	27,0
Pernambuco	22,4	22,7	23,4	24,6	25,4
Piauí	18,4	18,9	20,0	21,0	22,5
Rio Grande do Norte	27,2	26,9	28,5	30,3	31,3
Sergipe	21,9	22,3	23,1	24,6	25,9
<b>Nordeste</b>	<b>21,2</b>	<b>21,5</b>	<b>22,5</b>	<b>24,0</b>	<b>25,0</b>
Acre	22,4	22,6	23,0	24,5	24,5
Amazonas	24,5	23,9	24,4	26,1	26,9
Amapá	27,2	24,8	24,7	26,0	26,4
Pará	19,0	19,0	19,6	21,2	22,2
Rondônia	23,9	24,7	25,5	26,9	27,4
Roraima	27,0	25,5	27,9	27,5	27,7
Tocantins	23,1	23,6	23,3	24,3	25,7
<b>Norte</b>	<b>21,7</b>	<b>21,7</b>	<b>22,2</b>	<b>23,6</b>	<b>24,5</b>
Espírito Santo	28,3	28,5	30,1	31,5	32,6
Minas Gerais	25,0	25,7	26,1	26,7	28,0
Rio de Janeiro	32,0	31,0	32,2	33,7	33,4
São Paulo	32,8	33,6	34,8	35,8	37,0
<b>Sudeste</b>	<b>28,9</b>	<b>29,3</b>	<b>29,6</b>	<b>30,5</b>	<b>31,6</b>
Paraná	29,6	30,2	31,7	33,2	34,0
Rio Grande do Sul	36,3	35,4	37,4	38,0	39,1
Santa Catarina	31,5	31,0	31,8	32,8	33,5
<b>Sul</b>	<b>32,5</b>	<b>32,0</b>	<b>33,3</b>	<b>34,4</b>	<b>35,1</b>
<b>Brasil</b>	<b>24,6</b>	<b>25,0</b>	<b>25,9</b>	<b>27,2</b>	<b>28,5</b>

**Fonte:** Atlas de Situação Alimentar e Nutricional População Adulta. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. p.12.

### 3.2 COBERTURA E CAPACIDADE INSTALADA

A literatura aponta que a redução das taxas de mortalidade tem como um dos fatores a expansão da atenção básica no País, realizando uma cobertura populacional ordenadora do cuidado com os programas de prevenção e tratamento, através da análise dos indicadores sociais (BRASIL, 2022).

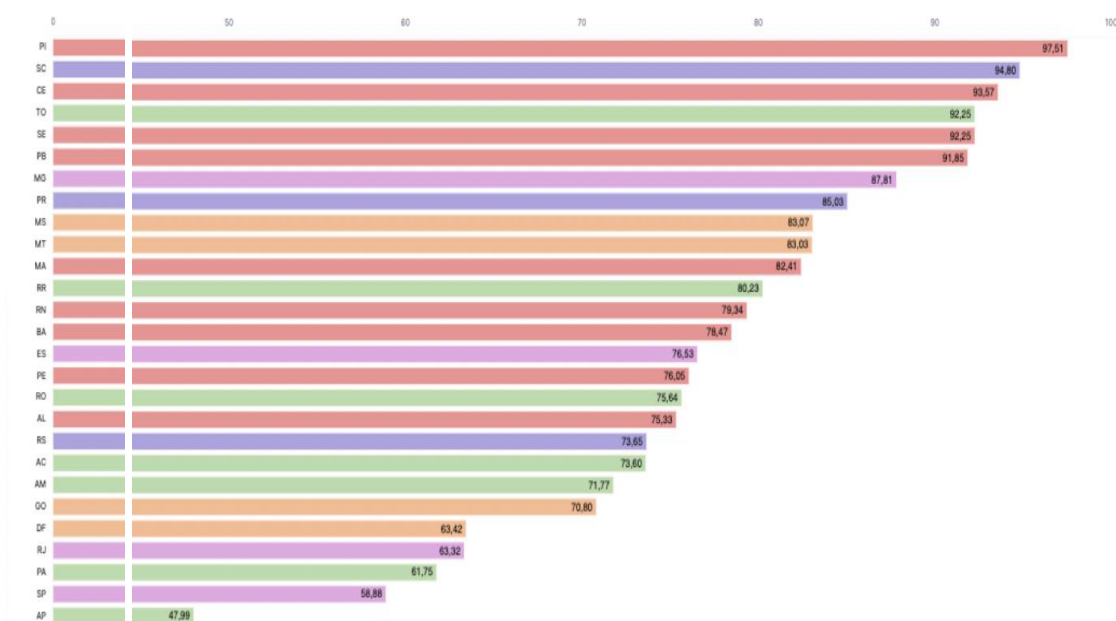
Para que sejam realizados os registros, avaliações e indicadores de saúde pública do País através da Atenção Básica por meio das equipes de saúde da família, é necessário financiamento com recursos federais, estaduais e municipais. Isso é possível devido a cobertura potencial da atenção primária, ou seja, através do cálculo da cobertura populacional estimada por equipes da atenção básica (GIOVANELLA et al, 2021).

**Figura 8:** Método de cálculo da Capacidade Instalada

$$\text{Cobertura da APS das equipes financiadas pelo MS no Brasil} = \left( \frac{\text{População cadastrada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF) e da Atenção Primária (eAP) financiadas pelo MS no Brasil}}{\text{Estimativa populacional do Brasil}} \right) * 100$$

**Fonte:** NOTA TÉCNICA Nº 418/2021-CGGAP/DESF/SAPS/MS (Anexo II). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. p. 1

**Figura 9:** SC é o segundo estado com maior Cobertura da APS do Brasil.



**Fonte:** e-Gestor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

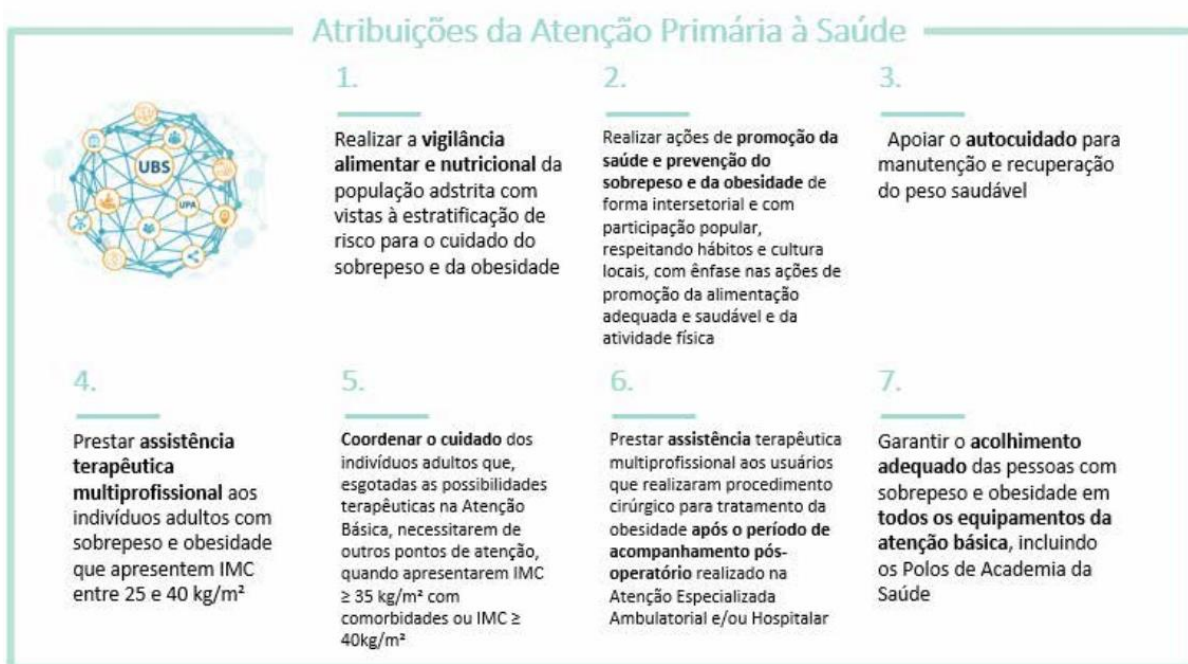
Para uma adequada cobertura, a infraestrutura de um estabelecimento de saúde deve estar adequada ao quantitativo de usuários que recebe, bem como, aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde ali prestada. Capacidade Instalada se refere a estrutura física (salas e consultórios) e suas relações como a força de trabalho e os equipamentos disponíveis na Atenção Primária a Saúde (BRASIL, 2020).

Por exemplo: a capacidade instalada para um serviço de saúde ofertar coleta de exames ginecológicos depende não só do espaço (consultório ou sala), mas também, da ocupação dele por profissional durante o tempo de funcionamento e dos equipamentos adequados para coleta. Assim, se existe um consultório equipado e com um profissional disponível seis horas por dia em cinco dias da semana, e se o tempo médio de consulta fosse uma hora, esse serviço teria capacidade instalada para realizar 30 exames por semana (BRASIL, 2020).

### 3.3 CUIDADO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Ministério da Saúde (MS), na atenção aos indivíduos acima do peso, implementou Linhas de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do SUS (LCSO), no qual orientam, a perspectiva da gestão, o itinerário de cuidados a esses usuários, oferecendo o acesso a diversas ações e serviços para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2014). A Figura nove a seguir mostra as atribuições da APS na LCSO.

**Figura 10.** Atribuições da Atenção Primária à Saúde na Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade. 2022.



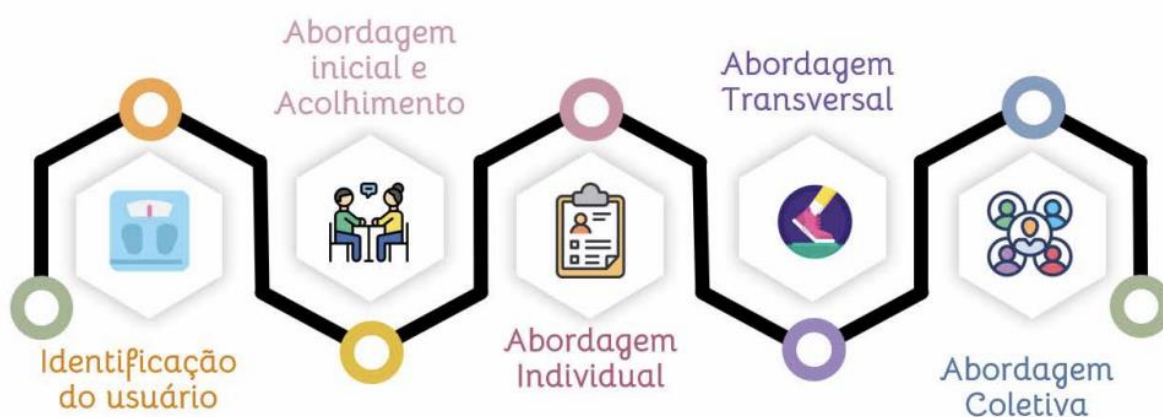
**Fonte:** Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. p. 22.

Ressalta-se que as ações da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCSO) compreende a Atenção Primária, Atenção Especializada (ambulatórios, hospitais e sistemas de urgência e emergência) e aos sistemas logísticos e de regulação. Neste documento, será abordada a estratégia referente a APS. Para a elaboração deste tópico de Revisão de Literatura será utilizado o Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no Âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), no qual consta que:

A atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS deve obedecer às diretrizes de 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, publicada na Portaria nº 424, de 19 de março de 2013.

No âmbito do cuidado e com o objetivo de atender às responsabilidades da APS para a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade, com propostas de atividades para as situações desses indivíduos, o processo de cuidado busca garantir um contato continuado do usuário com a equipe, através de 5 componentes, conforme demonstra a Figura 10.

**Figura 11.** Componentes do processo de cuidado: identificação do usuário; abordagem inicial e acolhimento; abordagem individual; abordagem transversal e; abordagem coletiva. 2022.



**Fonte:** Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. p. 23.

### 3.3.1 Identificação do Usuário

Com o quantitativo de usuários com sobrepeso e obesidade, a unidade básica de saúde deve realizar a identificação do usuário pertencente a sua área de abrangência durante qualquer momento de contato da equipe com o paciente, a exemplo da demanda espontânea; consultas programáticas; busca ativa de pessoas com sobrepeso e obesidade (SISVAN); registro de condicionalidades do Programa Bolsa Família; e atividades coletivas. Durante o contato, cabe reforçar a importância de estabelecer um processo de cuidado a fim de melhorar a condição de saúde, resultando em melhorias do quadro de comorbidades presentes, manutenção ou redução do peso e prevenção da condição de obesidade.

### **3.3.2 Abordagem inicial, acolhimento e abordagem individual**

A fim de ofertar o melhor acolhimento, o profissional envolvido deve compreender os diversos fatores determinantes para a obesidade não culpabilizando o usuário, visto que as pessoas com sobrepeso e obesidade se sentem discriminados na sociedade e certas ações podem fazer com que não se sintam bem-vindas nestes ambientes de saúde. Cabe ressaltar, também, que o próprio ganho de peso do indivíduo pode ser advindo destes estigmas sociais nos quais se encontram, até mesmo dentro da própria família, e acabam suprimindo a insatisfação na comida.

É necessário, antes de discutir o peso do usuário, que o trabalhador inicie o atendimento centralizando na pessoa e nas suas individualidades, com o intuito de sensibilizar o usuário com ferramentas respeitosas, conhecendo mais sua vida e situações que possam influenciar a sua condição; avaliar comorbidades e risco cardiovascular, explicando os resultados e riscos relacionados. Com a permissão do usuário, pode-se realizar a avaliação antropométrica classificação do estado nutricional e avaliação dos marcadores de consumo alimentar (SISVAN), conforme orientações da Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2023); Avaliar e mostrar onde realizar a mudança do comportamento, permitindo apresentar diferentes percepções e motivações relacionado a novos padrões alimentares e realização da mudança do estilo de vida e níveis de atividades físicas, avaliando, quando houver limitações de mobilidade, as atividades da vida diária (AVD) - caracterizadas pelas tarefas básicas cotidianas de autocuidado. É possível, também, refletir junto ao usuário possíveis atividades coletivas disponíveis na comunidade, nas quais possa ser inserido. Ainda, durante o acolhimento, é possível apresentar o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2021) e os 10 passos para a alimentação adequada e saudável, fazendo intervenções alimentares baseadas nos Protocolos de Uso do Guia Alimentar (BRASIL, 2022).

Por fim, realizar o agendamento de consulta individual com enfermeiro, médico da equipe e nutricionista para iniciar o acompanhamento voltado ao tratamento do sobrepeso ou obesidade. Caso o usuário não queira iniciar o tratamento naquele momento, mostrar que a equipe permanecerá à disposição para apoiar o início do tratamento em ocasião mais adequada para o mesmo.

As consultas individuais são aquelas realizadas em com profissionais de nível superior, no qual atenderão conforme suas respectivas formações para o cuidado relacionado a demandas e necessidades específicas de cada indivíduo. Se inicia após solicitar permissão do usuário para conversar sobre seu peso, realizando ações de avaliação antropométrica com a classificação do estado nutricional e avaliação dos marcadores de consumo alimentar (SISVAN) e Ações de manejo individual conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Sobrepeso e Obesidade em Adultos (BRASIL, 2022). Para então, definir o plano terapêutico, estabelecendo metas e autocuidado de acordo com hábitos e práticas relacionadas à escolha de alimentos, comportamentos alimentares e realização de atividade física.

Exteriorizando a consulta individual, o cuidado pode ser compartilhado multiprofissionalmente, além do enfermeiro e médico, com a inclusão de categorias profissionais envolvidas nas ações de cuidado como técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos, a fim de que o cuidador seja prescrito de acordo com as necessidades do indivíduo, cujas intervenções estão focadas nos fatores e mudanças comportamentais individuais, contribuindo na melhor adesão do usuário às intervenções propostas e resultados mais significativos no tratamento.

Ao final do atendimento, cabe ao profissional o registro de problema/condição avaliada (sobre peso/obesidade) na ficha de atendimento individual do eSUS-AB ou prontuário eletrônico.

### **3.3.3 Abordagem transversal e coletiva**

Se caracterizam pela assistência multiprofissional e suas ações de promoção da saúde com encontros que dependem da demanda da comunidade ou dos índices epidemiológicos do território. As atividades podem ser realizadas no ambiente da própria UBS ou outro ambiente disponível no território, podendo ser de forma individual ou coletiva, além de poderem ser realizadas de maneira intercalada com as consultas individuais, o que facilita a abordagem de temas comuns aos usuários. São exemplos:

- Prática de atividade física com a participação de um profissional de educação física com atividades físicas realizadas na UBS, em espaços disponíveis no território e parcerias com instituições e equipamentos públicos ou privados.
- Práticas Integrativas e Complementares (PICS) (BRASIL, 2006) como yoga, auriculoterapia e tai chi chuan, por meio de unidades que ofertam tais práticas ou capacitação dos profissionais para sua realização. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade (BRASIL, 2022) evidências científicas demonstram que algumas PICS têm eficácia no tratamento de indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade, especialmente para redução do IMC e do peso corporal.
- Apoio psicológico e abordagem familiar através do psicólogo ou outro profissional capacitado, podendo ser também por apoio matricial, telessaúde e encaminhamentos para a atenção especializada ou equipamentos da rede de atenção psicossocial, considerando a importância do apoio e/ou tratamento psicossocial, com rotina de assistência conforme necessidade individual.

É importante destacar que as atividades coletivas não devem substituir ou ser condicionantes para o cuidado e tratamento individual. Ou seja, não se pode colocar a participação em atividades coletivas como pré-requisito para o atendimento individual, uma vez que se deve contemplar as particularidades e necessidades de cada indivíduo e se o mesmo está disposto e à vontade para participar do grupo.

As atividades para esses grupos devem concentrar atividades direcionadas para o cuidado de pessoas com obesidade, visando melhorar a qualidade de vida delas por meio da mudança de comportamento, adoção de alimentação adequada e saudável, prática de atividade física, redução ou manutenção do peso corporal. Ressalva-se que se deve evitar estigmatização e constrangimento dos participantes por parte dos profissionais, trabalhadores e usuários do serviço de saúde.

### **3.3.4 Abordagem inclusiva e ferramenta 5As**

A abordagem inclusiva reconhece que o ganho de peso corporal é um problema complexo, que não se deve apenas a escolhas individuais. Todos devem ter acesso a cuidados de saúde não estigmatizantes, independentemente do seu peso corporal, uma vez que um determinado IMC não reflete um conjunto de práticas de saúde ou caráter moral das pessoas. Além disso, o peso não deve ser o foco das ações de cuidado, mas sim a saúde e qualidade de

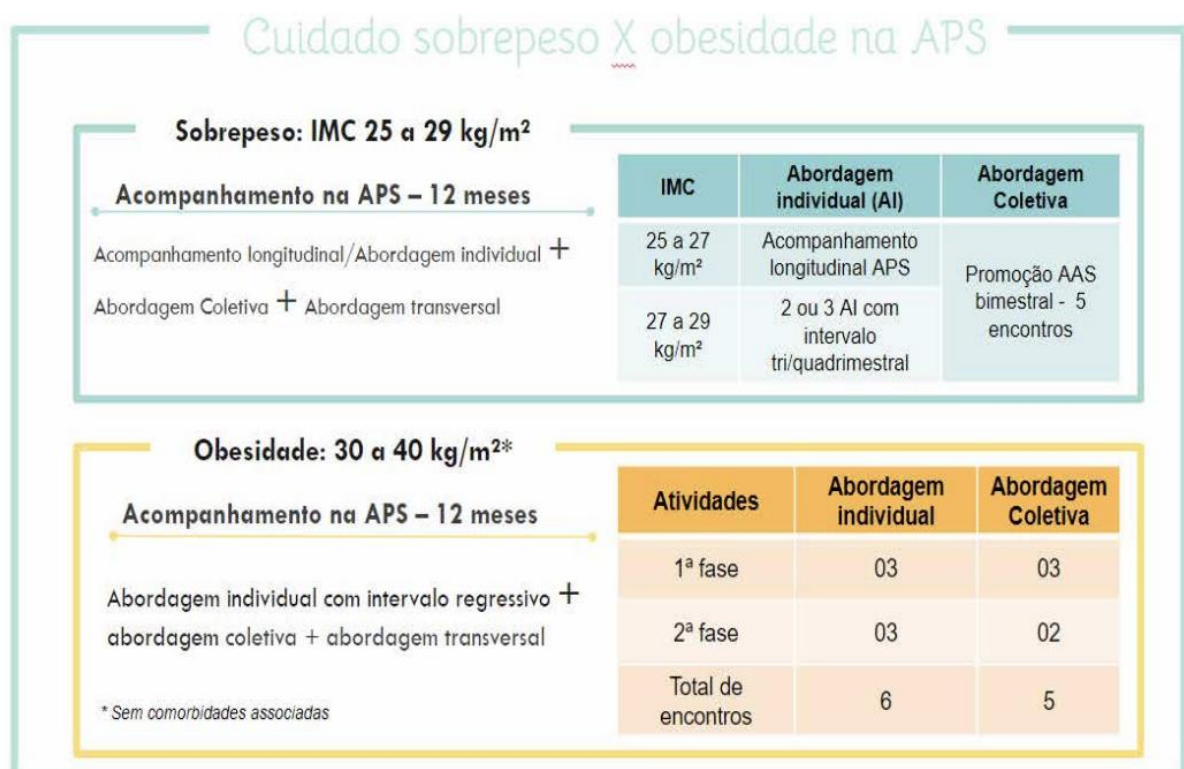
vida das pessoas. Sendo assim, esta abordagem pode ajudar a reduzir o estigma enfrentado pelas pessoas com obesidade e incentivar a inclusão do indivíduo na centralidade do processo de cuidado.

Desenvolvida no Canadá, a ferramenta 5As (OBESITY CANADÁ, 2020) , fornece uma abordagem útil para a rotina de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade na APS baseada em cinco palavras que são traduzidas em ações e direcionam a abordagem no encontro entre o profissional de saúde e o usuário: Abordar/Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Acordar, Ajudar. A utilização dessa abordagem pode ajudar a colocar o usuário como protagonista do processo de cuidado, permitindo que o profissional de saúde se concentre na concepção de saúde ou definição de bem-estar do usuário.

### 3.3.5 Modelo de abordagem

Um modelo com revezamento de abordagens e consultas que pode ser adotado ou adaptado pelas equipes na organização dos processos de trabalho e cuidado para garantir a atenção adequada aos indivíduos sobrepeso e com obesidade pode ser analisado nas Figuras 11, 12 e 13 a seguir:

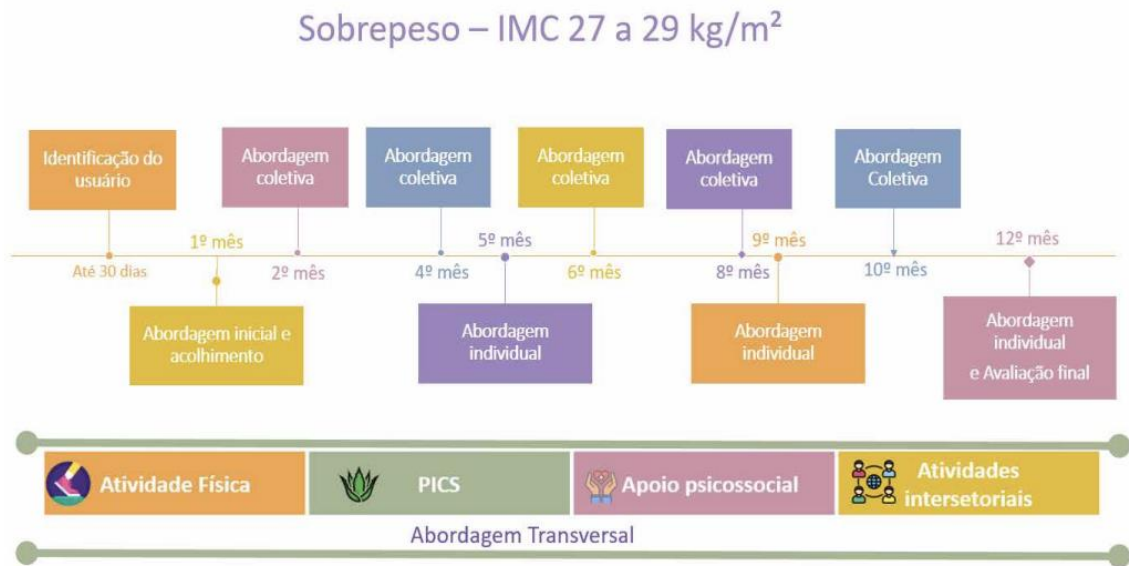
**Figura 12.** Cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde. 2022.





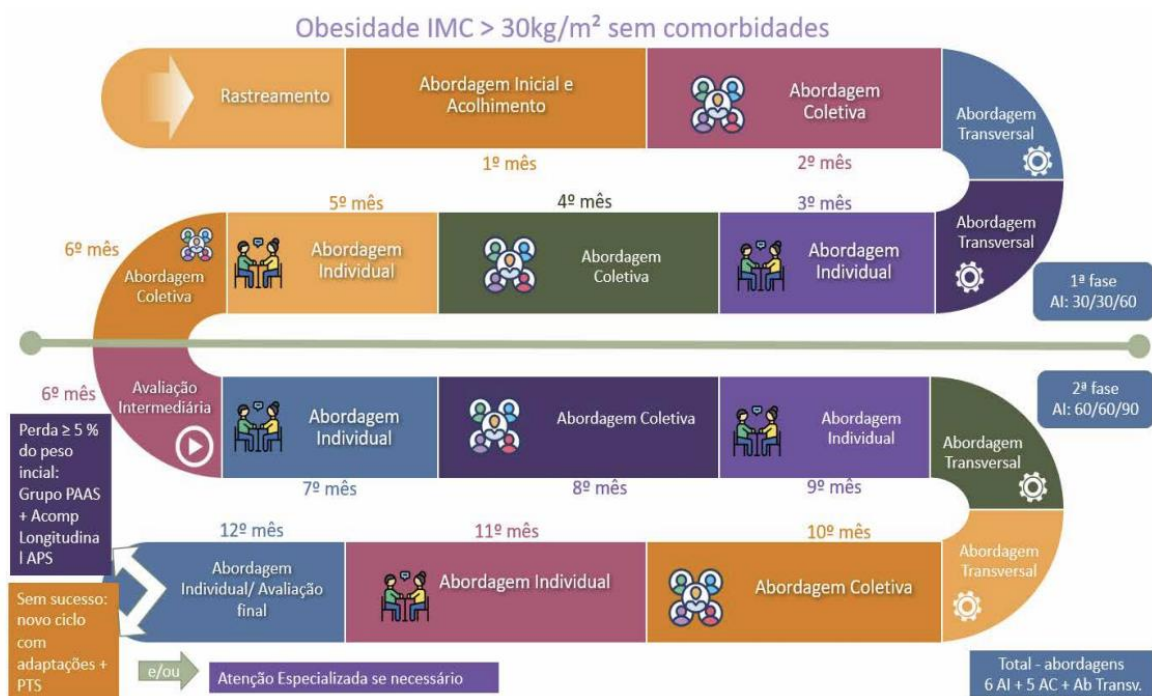
**Fonte:** Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. p. 32.

**Figura 13.** Cuidado às pessoas com sobrepeso na Atenção Primária à Saúde. 2022.



**Fonte:** Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. p. 32.

**Figura 14.** Cuidado às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde. 2022.



**Fonte:** Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. p. 33.

Sugere-se o encaminhamento para acompanhamento na atenção especializada aqueles usuários com  $IMC \geq 35\text{kg/m}^2$  com comorbidades descompensadas ou  $IMC \geq 40\text{ kg/m}^2$  que não tiveram sucesso em dois anos de acompanhamento na APS que seriam aqueles que não tiveram redução de 5 a 10% do peso corporal ou melhora das comorbidades.

### **3.3.6 A importância do cuidado longitudinal e como apoiar a manutenção da perda de peso**

O suporte profissional contínuo é imprescindível para a manutenção da perda de peso e para que a adesão ao novo estilo de vida seja facilitada, pois pode aumentar o estado de alerta, a motivação e fornecer incentivo e apoio aos indivíduos. Ademais, as estratégias de automonitoramento, tanto da alimentação quanto do peso, têm se mostrado efetivas (VARKEVISSER et al., 2019).

Intervenções comportamentais são geralmente eficazes para reduzir de 8 a 10% do peso, sendo a perda máxima nos primeiros 6 meses. Após esse período, há uma tendência de recuperação de um terço à metade do peso no primeiro ano, principalmente na ausência da continuidade dos cuidados (ULEN et al., 2008). Em média, o retorno ao peso basal ocorre entre três a cinco anos (JEFFERY et. al., 2000; NORDMO; DANIELSEN; NORDMO, 2020).

O reganho de peso se relaciona à diminuição da adesão às orientações nutricionais, à prática de atividade física e aos mecanismos compensatórios endógenos (MACLEAN et al., 2015; SUMITHRAN et. al., 2011). que podem alterar a liberação de hormônios relacionados ao apetite e saciedade, o gasto energético de repouso e outros processos metabólicos e fisiológicos, além dos fatores psicológicos (LEIBEL et. al., 2015; OCHNER et. al., 2015; SUMITHRAN et. al., 2011).

O peso corporal é fisiologicamente controlado, e, para evitar sua recuperação, faz-se necessário um esforço contínuo porque, mesmo com total comprometimento, questões físicas, psicológicas, sociais e ambientais que são inerentes à vida podem deixar ainda mais desafiadora a manutenção do peso (HEYMSFIELD; WADDEN, 2017). O ambiente, por exemplo, é um fator que favorece ou dificulta a conservação de hábitos saudáveis e interfere sobremaneira na manutenção do peso perdido (ELFHAG; RÖSSNER, 2005). Os ambientes obesogênicos, portanto, são uma barreira (VARKEVISSER et al., 2019), sendo imprescindível que políticas

intersetoriais sejam adotadas para além das abordagens educacionais e comportamentais a fim de reverter o caráter obesogênico dos locais onde as pessoas vivem (SWINBURN et al., 2019).

Assim, reitera-se enquanto fundamental o investimento em ações de prevenção, em intervenções precoces ao observar ganho de peso excessivo, e no cuidado longitudinal de longo prazo, pois o tratamento de pessoas com obesidade é um processo para toda a vida. Dessa forma, a adoção de metas realistas para perda e manutenção do peso e o foco nos impactos positivos das mudanças de estilo de vida para além dele são de suma importância (NORDMO; DANIELSEN; NORDMO, 2020).

### **3.3.7 Monitoramento e Avaliação**

Para garantir que as pessoas com excesso de peso e obesidade recebam a atenção adequada, é fundamental monitorar e avaliar continuamente as ações oferecidas e fazer ajustes necessários no processo de trabalho das equipes. Esse processo deve incluir atividades integradas e contínuas para comparar os resultados obtidos com os esperados e tomar decisões sobre medidas corretivas para melhorar a eficácia das ações e reduzir falhas.

Os indicadores são importantes para acompanhar e medir o progresso na implementação de políticas ou programas. Eles podem ser usados para avaliar a quantidade, qualidade, cronograma e custos das ações e também ajudam a identificar os dados que devem ser coletados para acompanhar a implementação e avaliar os resultados alcançados. Embora os indicadores possam não representar com precisão a situação real, eles fornecem uma aproximação útil para avaliar programas e atividades. Para o devido monitoramento, sugere-se o acompanhamento dos seguintes indicadores:

**Quadro 1.** Indicadores e metas de acompanhamento aos indivíduos com sobrepeso e obesidade. 2022.

Indicador	Meta	Fórmula de cálculo	Como registrar	fonte
Cobertura de acompanhamento do estado nutricional	Aumentar em 0,5% a cobertura de acompanhamento do estado nutricional anualmente	Número de pessoas com registro de peso e estatura X 100/Número de pessoas residentes Observações: Numerador: considerar o número total de pessoas avaliadas, com registro de peso e altura válidos, segundo faixa etária ou evento de vida, no lugar e período considerado a ser obtido nos relatórios públicos de estado nutricional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), disponíveis em <a href="http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index">http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index</a> . Denominador: considerar as estimativas populacionais de 2012 enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/DATASUS, disponíveis em <a href="http://datasus.saude.gov.br/populacao-residente/">http://datasus.saude.gov.br/populacao-residente/</a>	O registro de peso e altura podem ser feitos em diferentes sistemas da APS: diretamente pelo Sisvan, pelo Sistema de Gestão das Condicionais da Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) e pelo Sistema de Informação para a Atenção Básica (Sisab) por meio das fichas: a) Fichas de Cadastro Domiciliar e Individual; b) Ficha de Atendimento Individual; c) Ficha de Atividade Coletiva; e d) Ficha de Visita Domiciliar e Territorial. Para municípios que fazem uso de sistema próprio, recomenda-se seguir o modelo de integração adotado para o e-SUS AB, e a partir disso, os dados serão incorporados para o Sisvan conforme os fluxos de integração já existentes.	Sisvan
Proporção de atendimentos individuais por problema ou condição avaliada obesidade	Aumento do número de consultas individuais com condição avaliada obesidade	Número de atendimentos individuais por problema/condição avaliada obesidade	Registrar, na ficha de acompanhamento individual do eSUS-AB, no campo "Problema/condição avaliada", a condição de obesidade, em todos os atendimentos individuais, seja realizada pela equipe mínima ou por diferentes categorias profissionais.	Sisab

**Fonte:** Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. p. 37.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO/TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo, por meio da análise do coorte dos dados públicos provenientes do e-Gestor AB - espaço para informação e acesso aos sistemas da Atenção Básica. Esta modalidade de pesquisa contribui com áreas onde a investigação não se tenha processado muito seguidamente, visto ser necessário desenvolver um processo de investigação que aponte a natureza do fenômeno e as características essenciais das variáveis que se pretende estudar (KOCHE, 2008). Assim, o objetivo de analisar os indicadores de obesidade relacionados a cobertura e capacidade instalada da Atenção Primária à Saúde nas Regiões de Saúde de Santa Catarina coaduna-se com a pesquisa exploratório-descritiva e analítica, visto que explicita muitos fenômenos e variáveis que desta pesquisa poderão derivar.

Assim, uma vez eleito o tipo e a caracterização do presente estudo, os objetos serão descritos e analisados através de uma correlação entre variáveis coletadas, análise dos dados e descrição dos mesmos, classificando-os e interpretando-os. Esta modalidade exige um planejamento rígido quanto às técnicas de coleta e análise de dados e, também, conhecimento do pesquisador com o mesmo. A etapa exploratória e analítica, por sua vez, é realizada através da análise documental, no qual é aquela que a fonte é proveniente de dados existentes que já receberam tratamento analítico, ou seja, baseada em materiais de artigos científicos, políticas públicas e outras obras publicadas (FERNANDES et al, 2018).

### 4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população investigada neste estudo compreende pessoas com indicadores de sobrepeso e obesidade residentes no Estado de Santa Catarina. Assim, foram extraídos e correlacionados dados referentes ao (i) Estado nutricional; e (ii) Cobertura e Capacidade Instalada da Atenção Primária à Saúde para o atendimento a pessoas com obesidade.

Tais dados foram extraídos do e-Gestor AB e são exibidos segundo a competência: País (Brasil), Região (Região Sul), Estado (Santa Catarina) e detalhados por Regiões de Saúde (17) do Estado de Santa Catarina, a saber: Alto Uruguai Catarinense, Alto Vale do Itajaí, Alto Vale do Rio do Peixe, Carbonífera, Extremo Oeste, Extremo Sul Catarinense, Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis, Laguna, Médio Vale do Itajaí, Meio Oeste, Nordeste, Oeste, Planalto

Norte, Serra Catarinense, Vale do Itapocú, Xanxerê. O Quadro 2 detalha quais dados foram extraídos e analisados, mês de coleta (quando o dado foi coletado para o presente estudo) e a fonte de informação.

**Quadro 2.** Distribuição dos dados da população do estudo segundo mês de referência de publicação, período em que o dado foi colhido e fonte de coleta. Florianópolis, SC, Brasil. 2023.

Distribuição dos Dados	Mês de coleta	Detalhamento da Fonte
Estado Nutricional (Baixo peso, adequado ou eutrófico, sobrepeso, obesidade Grau I, II, III)	Janeiro 2023	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN
Cobertura da APS	Fevereiro 2023	e-Gestor AB
Capacidade Instalada	Dezembro 2022	e-Gestor AB

#### 4.3 LOCAL DO ESTUDO/COLETA DE DADOS

Os dados deste documento foram extraídos e-Gestor AB, um espaço do Ministério da Saúde e da Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS) para informação e acesso aos sistemas da Atenção Básica, sendo um banco de dados para vigilância dos fatores relacionados ao SUS e a saúde básica do País (BRASIL, 2021). O caminho para a coleta dos dados é detalhado no Quadro 3.

**Quadro 3.** Detalhamento da coleta de dados do estudo a partir do e-Gestor AB. Florianópolis, SC, Brasil. 2023.

Dado	Detalhamento Coleta do Dado
Estado Nutricional	e-gestor Atenção Básica ( <a href="https://egestorab.saude.gov.br/">https://egestorab.saude.gov.br/</a> ) > SISVAN> Relatórios > Relatórios consolidados > Estado nutricional > Opções de Consulta: Ano 2023 > Opções de Consulta: Mês Todos > Opções de Consulta: agrupar por Estado > Opções de Consulta: Santa Catarina > Opções de Consulta: Região de Saúde > Opções de Consulta: Todos > Outros filtros > Opções de Consulta: Fase da vida > Adulto > Demais filtros de opções de consulta: Todos.
Cobertura da APS	e-gestor Atenção Básica ( <a href="https://egestorab.saude.gov.br/">https://egestorab.saude.gov.br/</a> ) > Histórico de Cobertura da APS > Relatório > Cobertura da Atenção Primária (PNS 2020-2023) > Opções de Consulta: Unidades Geográficas por período > Estado > Regiões > Sul > Santa Catarina > Competência: Início: Janeiro 2023.
Capacidade Instalada	e-gestor Atenção Básica ( <a href="https://egestorab.saude.gov.br/">https://egestorab.saude.gov.br/</a> ) > Histórico de Capacidade Instalada APS > Relatório > Capacidade Instalada da Atenção Primária > Opções de Consulta: Unidades Geográficas por período > Estado > Regiões > Sul > Santa Catarina > Competência: Início: Dezembro 2022.

#### 4.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A organização e a análise dos dados ocorreram no mês de março de 2023. Com o suporte do *Software EPIINFO*<sup>®</sup> versão 7.2.5, que permite utilizar medidas de tendência central para avaliação das variáveis, assim como, medidas de avaliação de associação - testes estatísticos, os dados foram organizados em tabelas e analisados a partir da prevalência. Assim, por meio de análise estatística descritiva, foram registradas as prevalências dos indicadores encontrados, bem como, discutidas perante literatura científica pertinente e atualizada. Assim,

emergiram as seguintes categorias de análise: a) Descrição do Estado Nutricional de Pessoas em Santa Catarina; e b) Descrição da Cobertura e Capacidade Instalada da Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina para o atendimento de pessoas com sobrepeso e obesidade.

Epi Info™ é um pacote de ferramentas interoperacionais de software de domínio público projetado para a comunidade global de médicos e pesquisadores da saúde pública. Oferece ferramentas para uma fácil elaboração de bases de dados e formulários de entrada de dados, uma experiência personalizada de entrada de dados e análise com estatísticas, gráficos e mapas epidemiológicos para profissionais da saúde pública que não possuam conhecimentos de tecnologias da informação. O Epi Info™ é usado em investigações de surtos; no desenvolvimento de sistemas pequenos a médios de vigilância de doenças; como componentes de análise, visualização e relatório (AVR) de grandes sistemas; e na constante formação científica sobre os métodos de análise de epidemiologia e saúde pública em escolas de saúde pública em todo o mundo (CDC, 2022).

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os dados do estudo são de fonte pública e anonimizados, dispensando-se a aprovação da pesquisa em Comitê de Ética em Pesquisa.

## **5 RESULTADOS**

Os resultados estão apresentados na forma de manuscrito, conforme preconizado no Art.3º da Instrução Normativa para Elaboração de Trabalhos de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovada em reunião de colegiado do Curso em 22.11.2017.



## 5.1 OBESIDADE: ANÁLISE DAS REGIÕES DE SAÚDE CATARINENSES DE ACORDO COM A COBERTURA E A CAPACIDADE INSTALADA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

### RESUMO

**Objetivo:** analisar os indicadores de obesidade através da cobertura e capacidade instalada da APS nas regiões de saúde catarinense, identificando a qualidade do sistema em relação a essa população. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo, por meio da análise do corte dos dados públicos provenientes do e-Gestor AB. A população investigada consistiu em pessoas com indicadores de sobrepeso e obesidade residentes no Estado de Santa Catarina. Foram correlacionados e analisados dados do ano de 2023 referentes ao (i) *Estado nutricional*; e (ii) *Cobertura e Capacidade instalada da APS* com o suporte do *Software EPIINFO*<sup>®</sup> versão 7.2.5. **Resultados:** O Estado de Santa Catarina compreende uma cobertura e capacidade instalada de 95,27%. O estado nutricional dos indivíduos das Regiões de Saúde catarinense em janeiro de 2023 foi superior em sobrepeso + obesidade comparado ao eutrófico: Alto Uruguai Catarinense (69,13%), Alto Vale do Itajaí (72,68%), Alto Vale do Rio do Peixe (71,21%), Carbonífera (68,75%), Extremo Oeste (68,6%), Extremo Sul Catarinense (70,82%), Foz do Rio Itajaí (69,42%), Grande Florianópolis (71,02%), Laguna (71,18%), Médio Vale do Itajaí (68,73%), Meio Oeste (69,49%), Nordeste (75,43%), Oeste (71,56%), Planalto Norte (70,77%), Serra Catarinense (72,11%), Vale do Itapocú (70,76%), Xanxerê (70,1%). **Conclusão:** A presença de alta cobertura da Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina associado a outros fatores como alto IDH são importantes para o bem-estar da população, mas não são os únicos fatores que influenciam na prevalência de sobrepeso e obesidade. É preciso considerar também como estão sendo feitas as políticas públicas, os fatores ambientais e comportamentais, bem como, as limitações dos próprios indicadores utilizados para mensurar essas condições.

**Palavras-chaves:** Doenças Crônicas; Obesidade; Cobertura APS; Capacidade Instalada APS; Fatores de Risco; Saúde Pública; Promoção de Saúde; Prevenção; Monitoramento; OMS; Regiões de saúde; Santa Catarina; Brasil.

### INTRODUÇÃO

Atenção Primária à Saúde (APS) é tida como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, sendo o primeiro nível de contato do sistema com o usuário, objetivando a promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e tratamento de doenças crônicas e agudas, além do bem-estar da população (BRASIL, 2015). Os atendimentos são realizados através das Unidades Básicas de Saúde, e é através delas que os indicadores e análise de saúde pública são construídos (MENDES, 2012).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família foi adotada como forma de reorganizar o modelo de atendimento desde 1994. Ela se tornou um elemento fundamental na estruturação das redes de saúde, tendo um papel importante como coordenadora do cuidado e responsável pela ordem do sistema. Além disso, a ESF tem como objetivo alcançar os princípios de atendimento integral, universal e com

participação social, e é um importante meio para a melhoria do acesso, qualidade e direcionamento das práticas de saúde baseadas na promoção da saúde (BRASIL, 2019).

Para que o sistema funcione e que se tenha a devida análise da saúde pública, é necessário que a APS tenha uma adequação entre equipes e serviços prestados e quantitativo populacional, no qual a comunidade inserida receba o cuidado integral relativo à sua população. A cobertura na APS é a medida que indica essa proporção da população que tem acesso aos serviços oferecidos nesse nível de atenção à saúde, através da análise da quantidade de equipes de saúde da família e atenção básica (BRASIL, 2021).

Porém, não convém ter o quantitativo ideal de profissionais, se a infraestrutura não é capacitada o suficiente para atender a essa população. Por conta disso, outra medida de análise é a Capacidade instalada na APS, no qual refere-se à infraestrutura física, tecnológica e humana disponível nas unidades de saúde que oferecem serviços nesse nível de atenção à saúde, como número de unidades por habitante, disponibilidade de equipamentos e medicamentos, além da taxa de cobertura da Estratégia Saúde da Família e o número de profissionais por habitante.

Entrando no âmbito dos agravos à saúde na APS, têm-se a obesidade como um problema de saúde pública crescente, caracterizada como uma doença crônica não transmissível, mas que pode levar com muita frequência a outras doenças: cardiovasculares, metabólicas e respiratórias. Sendo assim, tem-se a atenção básica como responsável pela promoção, prevenção, detecção e tratamento deste problema (BRASIL, 2022).

Tendo em vista o contexto supracitado, o presente estudo teve como **OBJETIVO** analisar os indicadores de obesidade através da cobertura e capacidade instalada da APS nas regiões de saúde catarinense, buscando identificar a qualidade desse sistema em relação a essa população.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo, por meio da análise do coorte dos dados públicos provenientes do e-Gestor AB - espaço para informação e acesso aos sistemas da Atenção Básica. A população investigada consistiu em pessoas com indicadores de sobrepeso e obesidade residentes no Estado de Santa Catarina. Foram correlacionados e analisados dados referentes ao (i) *Estado nutricional*; e (ii) *Cobertura e Capacidade instalada da APS*. Os dados foram extraídos do e-Gestor AB e foram estruturados segundo a competência: País (Brasil), Região (Região Sul), Estado (Santa Catarina) e detalhados por Regiões de Saúde (17) do Estado de Santa Catarina, a saber: Alto Uruguai Catarinense, Alto Vale do Itajaí, Alto Vale do Rio do Peixe, Carbonífera, Extremo Oeste, Extremo Sul Catarinense, Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis, Laguna, Médio

Vale do Itajaí, Meio Oeste, Nordeste, Oeste, Planalto Norte, Serra Catarinense, Vale do Itapocú, Xanxerê.

Os dados referentes ao **(i) Estado Nutricional** foram colhidos por meio do seguinte encadeamento: e-gestor Atenção Básica (<https://egestorab.saude.gov.br/>) > SISVAN > Relatórios > Relatórios consolidados > Estado nutricional > Opções de Consulta: Ano 2023 > Opções de Consulta: Mês Todos > Opções de Consulta: agrupar por Estado > Opções de Consulta: Santa Catarina > Opções de Consulta: Região de Saúde > Opções de Consulta: Todos > Outros filtros > Opções de Consulta: Fase da vida > Adulto > Demais filtros de opções de consulta: Todos. Os dados referentes à **(ii) Cobertura (a) e capacidade Instalada (b)** foram colhidos por meio do seguinte caminho, respectivamente: **(a)** e-gestor Atenção Básica (<https://egestorab.saude.gov.br/>) > Histórico de Cobertura da APS > Relatório > Cobertura da Atenção Primária (PNS 2020-2023) > Opções de Consulta: Unidades Geográficas por período > Estado > Regiões > Sul > Santa Catarina > Competência: Início: Janeiro 2023. e **(b)** e-gestor Atenção Básica (<https://egestorab.saude.gov.br/>) > Histórico de Capacidade Instalada APS > Relatório > Capacidade Instalada da Atenção Primária > Opções de Consulta: Unidades Geográficas por período > Estado > Regiões > Sul > Santa Catarina > Competência: Início: Dezembro 2022.

A organização e a análise dos dados ocorreram no mês de março de 2023. Com o suporte do *Software* EPIINFO<sup>®</sup> versão 7.2.5, que permite utilizar medidas de tendência central para avaliação das variáveis, assim como, medidas de avaliação de associação - testes estatísticos, os dados foram organizados em tabelas e analisados a partir da prevalência. Assim, por meio de análise estatística descritiva, foram registradas as prevalências dos indicadores encontrados, bem como, discutidas perante literatura científica pertinente e atualizada. Assim, emergiram as seguintes categorias de análise: a) Descrição do Estado Nutricional de Pessoas em Santa Catarina; e b) Descrição da Cobertura e da capacidade instalada da Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina para o atendimento de pessoas com sobrepeso e obesidade.

Os dados do estudo são de fonte pública e anonimizados, dispensando-se a aprovação da pesquisa em Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS

Estão descritos na tabela 1 os dados referentes ao estado nutricional de pessoas em Santa Catarina por Regiões de Saúde.

**Tabela 1:** Estado nutricional de indivíduos acompanhados por Região de Saúde, no Estado de Santa Catarina, no ano 2023, fase da vida (adulto) e índice (baixo peso, eutrófico, sobrepeso, obesidade grau I, II e III). Florianópolis, SC, 2023.

Região de Saúde	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade Grau I		Obesidade Grau II		Obesidade Grau III		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alto Uruguai Catarinense	87	1.43	1792	29.44	2076	34.11	1352	22.21	511	8.39	269	4.42	6087
Alto Vale do Itajaí	153	1.46	2709	25.86	3543	33.83	2445	23.34	1049	10.02	575	5.49	10474
Alto Vale do Rio do Peixe	145	1.56	2522	27.22	3144	33.93	2095	22.61	876	9.45	484	5.22	9266
Carbonífera	93	1.35	2064	29.9	2381	34.49	1400	20.28	650	9.42	315	4.56	6903
Extremo Oeste	144	1.31	3294	30.07	3890	35.51	2315	21.13	844	7.7	467	4.26	10954
Extremo Sul Catarinense	112	1.53	2020	27.64	2583	35.35	1605	21.97	644	8.81	343	4.69	7307
Foz do Rio Itajaí	351	1.79	5643	28.8	6840	34.9	4174	21.3	1690	8.62	899	4.59	19597
Grande Florianópolis	275	1.63	4630	27.37	5586	33.02	3717	21.97	1688	9.98	1023	6.05	16919
Laguna	59	1.37	1178	27.44	1431	33.33	941	21.92	447	10.41	237	5.52	4293
Médio Vale do Itajaí	668	1.7	11636	29.57	13171	33.47	8370	21.27	3559	9.05	1942	4.94	39346
Meio Oeste	103	1.55	1925	28.95	2254	33.9	1449	21.79	608	9.14	310	4.66	6649
Nordeste	140	1.47	2207	23.11	3221	33.73	2259	23.66	1096	11.48	626	6.56	9549
Oeste	285	1.26	6142	27.18	8021	35.5	5020	22.22	2016	8.92	1112	4.92	22596
Planalto Norte	150	1.68	2457	27.55	2982	33.44	2071	23.23	820	9.2	437	4.9	8917
Serra Catarinense	67	1.45	1226	26.46	1530	33.02	1081	23.33	485	10.47	245	5.29	4634
Vale do Itapocú	152	1.57	2657	27.4	3351	34.55	2163	22.3	893	9.21	482	4.97	9698
Xanxerê	144	1.86	2172	28.04	2699	34.84	1693	21.86	680	8.78	358	4.62	7746
<b>Santa Catarina</b>	<b>3.128</b>	<b>1.56</b>	<b>56.274</b>	<b>28.01</b>	<b>68.703</b>	<b>34.19</b>	<b>44.150</b>	<b>21.97</b>	<b>18.556</b>	<b>9.23</b>	<b>10.124</b>	<b>5.04</b>	<b>200.935</b>
<b>Total Região Sul</b>	<b>9.545</b>	<b>1.53</b>	<b>164.538</b>	<b>26.42</b>	<b>210.262</b>	<b>33.76</b>	<b>141.896</b>	<b>22.78</b>	<b>62.078</b>	<b>9.97</b>	<b>34.500</b>	<b>5.54</b>	<b>622.819</b>
<b>Total Brasil</b>	<b>67.112</b>	<b>1.87</b>	<b>1.035.948</b>	<b>28.88</b>	<b>1.244.291</b>	<b>34.69</b>	<b>768.832</b>	<b>21.44</b>	<b>310.068</b>	<b>8.64</b>	<b>160.483</b>	<b>4.47</b>	<b>3.586.734</b>

Estão descritos na tabela 2 os dados referentes a Cobertura e Capacidade Instalada da APS do Estado de Santa Catarina.

**Tabela 2:** Cobertura e Capacidade Instalada da Atenção Primária de Saúde do Estado de Santa Catarina.

População	eAP financiada (n)	eSF financiada (n)	Cadastros eAP financiada (n)	Cadastros eSF financiada (n)	Cadastros (n) (limitado pela população IBGE)	Cobertura APS (%)	PICS (n)	CAPS (n)	Nº eSaúde e na hora (n)	ERD	eCR
7.338.473	95	2.105	244.966	7.340.044	6.991.641	95,27%	197	109	95	23	5

Estão descritos na tabela 3 os dados referentes a Cobertura e Capacidade Instalada da APS das Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina.

**Tabela 3:** Cobertura e Capacidade Instalada da Atenção Primária de Saúde das Regiões de Saúde de Santa Catarina.

Regiões	Pop. Estimada	POSTOS/CS/UBS	eAP 20h	eAP 30h	eSF 40h	ACS	EM	Cobertura APS (%)
Alto Uruguai Catarinense	144.455	65	0	0	42	174	17	80,30
Alto Vale do Itajaí	302.920	118	2	0	110	534	29	94,15
Alto Vale do Rio do Peixe	298.317	95	1	3	75	264	16	80,94
Carbonífera	446.902	144	4	0	131	643	25	86,42
Extremo Oeste	233.510	84	0	1	88	511	38	99,87
Extremo Sul Catarinense	206.347	80	0	3	59	300	19	88,87
Foz do Rio Itajaí	747.720	146	1	6	175	742	15	79,41
Grande Florianópolis	1.248.470	207	2	13	353	1190	135	91,11
Laguna	374.693	160	4	3	132	719	41	99,48
Médio Vale do Itajaí	820.484	192	10	26	246	640	15	95,82
Meio Oeste	194.381	83	0	1	63	292	37	91,75
Nordeste	752.202	103	0	1	186	684	22	85,12
Oeste	372.513	79	0	0	124	639	65	100
Planalto Norte	383.131	142	1	9	98	475	18	85,19
Serra Catarinense	285.549	84	1	0	89	533	16	95,76

Vale do Itapocú	321.894	76	4	3	56	226	6	59,85
Xanxerê	202.985	78	0	1	72	345	25	94,64

## DISCUSSÃO

A Linha de Cuidado começa quando o usuário entra no sistema de saúde, a partir do qual é traçado um caminho de atendimento de acordo com suas necessidades, abrangendo desde serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades médicas, atenção hospitalar ou outros serviços da Rede. Segundo Malta e SILVA (2016), as linhas de cuidado são fluxos assistenciais que devem ser assegurados ao usuário para atender às suas necessidades de saúde.

Na APS, o cuidado aos indivíduos com obesidade é conduzido por meio das Linhas de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no SUS. Essas linhas orientam a jornada de cuidados dos usuários do SUS na Rede de Atenção à Saúde, com o objetivo de promover o acesso a várias ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas. Por meio da organização em rede, essa ferramenta de gestão busca garantir a integralidade do cuidado, unindo diferentes sistemas técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, a cobertura da APS pode impactar nos indicadores de sobrepeso e obesidade de uma população, uma vez que a APS enfoca a prevenção e promoção da saúde, além do tratamento e acompanhamento de condições crônicas de saúde. Parte-se da premissa, conforme as Linhas de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no SUS, que a cobertura adequada da APS contribui para a identificação precoce de fatores de risco e para o manejo destes fatores, por meio de ações de orientação, promoção da alimentação saudável e vida ativa (IEPS, 2021).

Do mesmo modo, a capacidade instalada da Atenção Primária à Saúde pode influenciar no grau de sobrepeso e obesidade de uma população, visto que uma APS com boa capacidade instalada é capaz de oferecer melhores serviços de prevenção e tratamento dessas condições. Por outro lado, uma APS com capacidade instalada limitada pode ter dificuldades em atender adequadamente às necessidades da população, resultando em menor adesão aos tratamentos e aumento dos casos de doenças associadas a essas condições (BRASIL, 2022).

No âmbito da cobertura e capacidade instalada, emerge a discussão sobre o impacto da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF pode ser efetiva na prevenção do sobrepeso e obesidade, já que a abordagem integral da Estratégia busca entender e intervir nos diversos fatores que influenciam a saúde e doença, incluindo aspectos sociais, culturais e históricos. A Estratégia trabalha com medidas preventivas, incluindo orientações nutricionais e práticas de atividade física, além de acompanhamento do estado nutricional dos indivíduos e ações de promoção da saúde, como a

conscientização sobre hábitos saudáveis, que podem contribuir para a redução do sobrepeso e obesidade na população (FERTONANI, 2015; TEIXEIRA, 2006).

Existem características que são fundamentais na reorientação dos modelos assistenciais para uma abordagem mais integral e centrada no paciente e que estão diretamente relacionadas com a prevenção e controle da obesidade e sobrepeso. A dimensão "organizativa" é fundamental na identificação de princípios e diretrizes gerais para a organização institucional, que devem estar pautados em uma abordagem mais holística e centrada no paciente. Já a dimensão "técnico assistencial" se refere aos desafios para o cuidado integral em saúde, que deve considerar os múltiplos fatores que podem contribuir para o desenvolvimento da obesidade e sobrepeso, como hábitos alimentares, estilo de vida e fatores socioeconômicos (MATTOS, 2001).

Nesse sentido, é importante problematizar as tensões existentes na abordagem da promoção da saúde, que pode oscilar entre uma visão medicalizante, focada na responsabilização individual e manejo comportamental de "riscos", e uma abordagem socioambiental, que valoriza a consolidação de contextos de vida saudáveis (MATTOS, 2001; SILVA; BAPTISTA, 2014; DIAS 2017).

Autores têm debatido como essas diferentes vertentes de promoção da saúde influenciam as políticas de prevenção e controle da obesidade no Brasil. É importante considerar que essas políticas são orientadoras da atuação dos profissionais de saúde, e por isso é fundamental analisar as características dos modelos assistenciais que fundamentam essas políticas (FERTONANI et al, 2015; TEIXEIRA, 2006; MATOS, 2001).

Conforme os dados apontados no resultado, **a Região Sul tem apresentado o maior índice de sobrepeso e obesidade do Brasil. Santa Catarina segue esse padrão, mesmo com uma alta cobertura da Atenção Primária à Saúde** e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) superior à média nacional (MIRANDA, 2022). Isso pode ser um reflexo de diversos fatores, que vão além do acesso aos serviços de saúde.

Analisando os dados descritos referente à obesidade, observa-se que, em todas as 17 Regiões de Saúde de Santa Catarina, a porcentagem de pessoas acima do peso é superior aos considerados eutróficos. Assim, pode-se presumir duas vertentes: ou a cobertura e a capacidade instalada da APS não está realizando seu papel de prevenção e promoção da saúde relacionado ao sobrepeso e obesidade, ou o padrão índice de massa corporal está classificando as pessoas como acima do peso sem que isso seja um problema, de fato.

Primeiramente, é importante destacar que a obesidade e o sobrepeso são condições multifatoriais e que envolvem diversos aspectos, como a genética, o ambiente, a alimentação e o estilo de vida. Portanto, apenas a presença de uma boa cobertura de serviços de saúde não é suficiente para combater essas condições (NOVÍSSIMO, 2023).

Um dos fatores que pode influenciar é o ambiente alimentar, ou seja, a disponibilidade e acessibilidade de alimentos saudáveis em comparação aos alimentos altamente calóricos e processados. É possível que Santa Catarina tenha uma maior disponibilidade de alimentos com alto teor calórico e baixo valor nutricional, o que pode contribuir para o aumento do sobrepeso e da obesidade. Outro fator que pode influenciar é o estilo de vida da população. Embora a cobertura da Atenção Primária à Saúde possa oferecer informações e orientações sobre a importância da alimentação saudável e de uma vida ativa, essas escolhas dependem - principalmente - do comportamento individual. Se a população não está disposta a mudar os seus hábitos alimentares ou não pratica atividades físicas regularmente, a cobertura da APS pode não ser suficiente para mudar esse cenário (PAIM; KOVALESKI, 2020; NOVÍSSIMO, 2023).

A cultura e os padrões sociais podem ser possíveis fatores atuantes no comportamento da população, levando a práticas alimentares, ascensão da obesidade e fatores de desordens e perturbações etiológicas alimentares, a exemplo das dietas *Low Carb*, excesso de proteínas, zero açúcar, sem glúten e lactose que disseminam uma cultura de magreza. Segundo GOIS e FARIA (2021), “nunca se falou tanto de nutrição e dietas, e nunca a população ganhou tanto peso”, e cabe-se questionar se essas práticas sociais de magreza talvez não estejam surtindo tanto efeito e causando a ascensão da obesidade devido aos estresses metabólicos e psicológicos, principalmente, em indivíduos com sobrepeso.

Além disso, é importante considerar que a obesidade e o sobrepeso são indicadores que podem ter limitações em sua mensuração. O cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que é o indicador mais utilizado para classificar o sobrepeso e a obesidade, não leva em consideração a composição corporal, como a quantidade de massa muscular e gordura. Portanto, uma pessoa com alta massa muscular pode ter um IMC alto e ser considerada como tendo sobrepeso ou obesidade, mesmo que não esteja realmente em risco para essas condições (RANGEL, 2018; NOVÍSSIMO, 2023). Pesquisas indicam que uma pessoa com excesso de peso pode ser saudável metabolicamente, enquanto outra com IMC considerado normal pode não ser saudável. Isso porque o IMC pode não levar em conta a composição corporal, podendo mascarar uma nutrição pobre e não detectar diferenças importantes entre gordura e conteúdo muscular. Essa crítica levanta a possibilidade de um novo modelo de avaliação da saúde metabólica, que leve em consideração a adiposidade abdominal em vez do IMC e da altura. Essa nova padronização pode ser mais eficaz na previsão da mortalidade e no acompanhamento da saúde metabólica (FERTONANI 2015, NOVÍSSIMO, 2023). A relação entre o sobrepeso, obesidade e a saúde metabólica é um tema complexo que tem sido cada vez mais estudado nos últimos anos. A visão de que todas as pessoas com sobrepeso ou obesas são automaticamente não saudáveis metabolicamente está sendo questionada em pesquisas. De fato, existem pessoas que, apesar de terem excesso de gordura corporal, são metabolicamente saudáveis.



Ao mesmo tempo, pessoas com um peso considerado normal podem apresentar problemas de saúde metabólica (NOVÍSSIMO, 2023).

Em acordo com o Manual de Atenção às Pessoas com sobrepeso e obesidade (2022), qualquer pessoa é capaz de atingir um estado de saúde e bem-estar, independentemente do seu peso corporal. Para as pessoas que estão acima do peso ou obesas, é crucial ter acesso a cuidados de saúde que não sejam estigmatizantes. Isso significa que o Índice de Massa Corporal (IMC) não deve ser utilizado para determinar as práticas de saúde ou julgar o caráter moral de alguém. Em vez disso, é preciso concentrar esforços em promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas, sem fazer do “peso” o ponto central das ações de cuidado.

Afinal, qual é o “peso” ideal? Seria o tabelado criado no século XIX por Adolphe Quételet e nomeado como Índice de Massa Corporal ou será o peso fruto das simbólicas manifestações sociais que julgam o corpo certo ou errado, estigmatizado pela sociedade e estabelecido no dia a dia pelas relações sociais, influenciado pelas mídias atuais? O corpo tem sido amplamente utilizado como um meio de se referir à sociedade, e a mídia desempenha um papel importante em ditar o que é considerado importante. No Brasil e no mundo, a obsessão pela aparência física ideal está profundamente enraizada em vários aspectos da vida social (TOMAZ et al, 2020).

Essa perspectiva vem desafiando o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) como único indicador de saúde metabólica. O IMC é uma medida que relaciona a altura e o peso de uma pessoa, mas não leva em consideração a composição corporal, como a quantidade de gordura e músculos. Por exemplo, uma pessoa com muita massa muscular pode ter um IMC alto, mas não ser metabolicamente comprometida. Por outro lado, uma pessoa com um IMC considerado normal pode ter uma quantidade significativa de gordura visceral, o que pode aumentar o risco de problemas metabólicos (PAIM; KOVALESKI, 2020; NOVÍSSIMO, 2023).

Dessa forma, a padronização da adiposidade abdominal, em oposição ao IMC e altura, tem sido sugerida como uma medida mais precisa na avaliação da saúde metabólica. A gordura visceral, que se acumula ao redor dos órgãos internos na cavidade abdominal, está mais diretamente relacionada a problemas metabólicos como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. Portanto, avaliar a quantidade de gordura abdominal pode ser mais útil do que simplesmente medir o peso ou o IMC de uma pessoa (PAIM; KOVALESKI, 2020; RANGEL, 2018).

Essa perspectiva tem implicações importantes na maneira como a saúde é avaliada e tratada. É importante entender que o sobrepeso e a obesidade não são necessariamente sinônimos de problemas metabólicos. Além disso, a avaliação visual ou superficial da aparência física de uma pessoa não é suficiente para determinar sua saúde metabólica. É fundamental uma avaliação mais aprofundada e precisa da composição corporal e da quantidade de gordura abdominal para uma

avaliação mais completa da saúde metabólica de uma pessoa (RANGEL, 2018; PAIM; KOVALESKI, 2020; NOVÍSSIMO, 2023).

É preocupante constatar que, mesmo diante da crescente preocupação com a saúde e a qualidade de vida, os índices de sobrepeso e obesidade continuam aumentando em Santa Catarina e em todo o mundo, ainda que haja cobertura no atendimento de saúde. Isso suscita questionamentos sobre a efetividade das políticas públicas desenvolvidas até o momento para lidar com esse problema. É preciso refletir sobre o que pode estar contribuindo para essa tendência e repensar as abordagens e estratégias utilizadas, a fim de garantir uma assistência adequada e eficiente às pessoas com sobrepeso e obesidade; além de refletir sobre as limitações relacionadas aos próprios indicadores adotados, como o Índice de Massa Corporal - IMC.

## CONCLUSÃO

A presença de alta cobertura da Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina associado a outros fatores como alto IDH são importantes para o bem-estar da população, mas não são os únicos fatores que influenciam na prevalência de sobrepeso e obesidade. É preciso considerar também como estão sendo feitas as políticas públicas, os fatores ambientais e comportamentais, bem como, as limitações dos próprios indicadores utilizados para mensurar essas condições.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.. Manual Instrutivo PMAQ. 2ª edição. Brasília, DF. 2015. Disponível em [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf). Acesso em 23 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Brasília, DF: MS, 2022. 58 p. Disponível em [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_atencao\\_pessoas\\_sobrepeso\\_obesidade.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf). Acesso em 28 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura. E-Gestor AB. 2021. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 30 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária do Estado de Saúde de Santa Catarina. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Florianópolis. 2019. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/16883-plano-estadual-de-saude-2020-2023/file>. Acesso em 30 mar. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: manual instrutivo. Brasília/DF, 2014.

DIAS PC et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad Saúde Pública**. 2017; 33:e00006016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade. 2022. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/promocaosaude/linhacuidado>

FERTONANI, HP et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciênc Saúde Colet.** 2015; 20:1869-78.

GOIS, Isis; FARIA, Aline Liz de. A cultura da magreza como fator social na etiologia de transtornos alimentares em mulheres: uma revisão narrativa da literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação.** São Paulo, v.7.n.1, jan. 2021. Disponível em <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/440/247>. Acesso em 30 mar. 2023.

IEPS. Instituto de Estudos de Políticas de Saúde. UMANE. Panorama IEPS: Linhas de Cuidado de DCNT na APS. [Eletrônico]. 2021. 38 p. Disponível em: [https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/Panorama\\_IEPS\\_02.pdf](https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/Panorama_IEPS_02.pdf). Acesso em: 03 abr. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JR, Jarbas Barbosa da; Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 373-390, 2016. Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742014000300002#:~:text=Ap%C3%B3s%20tr%C3%AAs%20anos%20do%20lan%C3%A7amento%20do%20Plano%20de%20cobertura%20de%20mamografia%20e%20estabilidade%20na%20citologia%20onc%C3%B3tica](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000300002#:~:text=Ap%C3%B3s%20tr%C3%AAs%20anos%20do%20lan%C3%A7amento%20do%20Plano%20de%20cobertura%20de%20mamografia%20e%20estabilidade%20na%20citologia%20onc%C3%B3tica). Acesso em 03 abr. 2023.

MATTOS, RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco/Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001. p. 39-84.

MENDES, Eugênio Vilaça. Os cuidados das condições crônicas na atenção primária à saúde. OPAS. Organização Mundial da Saúde. Brasília, DF. 2012. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf). Acesso em 23 mar. 2023.

MIRANDA, Fernando. Estados brasileiros com maiores IDH's. Sociedade [online]. 2022. Disponível em <https://sociofina.com.br/estados-brasileiros-com-os-maiores-idh/>. Acesso em 02 abr. 2023.

NOVÍSSIMO, Natália Fonseca de Abreu Rangel. Patologização a Pessoa Gorda. In: Lino, Monica Motta; Amadigi, Felipa Rafaela (Orgs). Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis [livro eletrônico]. Brasil, Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); São José, SC: Ed. dos Autores, 2023.

PAIM, Marina Bastos; KOVALESKI, Douglas Francisco. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. Saúde e Sociedade, março, 2020.

RANGEL, Natália Fonseca de Abreu. O ativismo gordo em campo: política, identidade e construção de significados. 2018. 162f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) - Programa de Pós-graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2018.

SILVA PFA, BAPTISTA TWF. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Physis* (Rio J.) 2014; 24:441- 65.

TEIXEIRA CF. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: Teixeira CF, Solla JP, organizadores. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA; 2006. p. 85-108.

TOMAZ, Rafael Cândido. Et al. Corpo padrão: um estudo sobre as concepções do corpo feminino exposto pela mídia. **Revista Latino-americana de psicologia corporal**, n. 9, p. 120-145. Jun. 2020. Disponível em <https://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/98>. Acesso em 30. Mar 2023.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos anos, temos visto um aumento constante nos índices de sobrepeso e obesidade em nossa sociedade, o que indica que as políticas públicas atualmente em vigor não estão surtindo o efeito esperado. O que tem sido feito para reverter esse cenário? Será que as estratégias adotadas estão realmente levando em consideração a complexidade do problema e as particularidades de cada grupo populacional afetado? É preciso refletir sobre a efetividade das ações implementadas e avaliar se elas estão sendo desenvolvidas de forma adequada para atender às necessidades da população. É importante que as políticas públicas para o combate ao sobrepeso e obesidade sejam efetivas e capazes de promover mudanças duradouras no comportamento alimentar e estilo de vida da população, para assim contribuir para uma melhoria na qualidade de vida e saúde das pessoas.

É preciso, ainda, repensar o modelo de atenção à saúde das pessoas com sobrepeso e obesidade e investir em políticas públicas mais abrangentes que contemplem a prevenção e o controle dessas condições de saúde. A Educação Permanente de trabalhadores da saúde é um dos caminhos para aprimorar as práticas e intervenções voltadas para essa população. É fundamental que os profissionais de saúde estejam atualizados e capacitados para desenvolverem ações mais efetivas e adequadas às necessidades dos usuários e que os estudantes de graduação - como de enfermagem, em tela - estejam prontos para atuar neste cenário.

Outro aspecto relevante é o fortalecimento de políticas direcionadas para crianças e jovens, visto que a obesidade tem se manifestado cada vez mais cedo na vida desses indivíduos. O Programa Saúde na Escola, por exemplo, é uma iniciativa importante que visa a promoção da saúde e prevenção de doenças em crianças e adolescentes por meio de ações intersetoriais. Além disso, é preciso também reforçar ações de promoção da alimentação saudável e da atividade física, por meio de campanhas e estratégias de mobilização social. A partir de uma abordagem ampla e integrada, é possível construir uma política pública que contemple diversas dimensões da saúde, desde a prevenção até o tratamento e acompanhamento daqueles que já se encontram em situação de sobrepeso ou obesidade. É importante que essas ações sejam planejadas e implementadas de forma participativa e articulada entre os diferentes setores e atores envolvidos na garantia do direito à saúde da população.

É fundamental pensar que nós, enquanto enfermeiros, cuidamos de pessoas. E que a pessoa, o ser humano, é muito mais do que um número na balança. Infelizmente, a sociedade, muitas vezes, valoriza apenas a aparência física e o peso, e isso pode gerar preconceitos e discriminação - inclusive há uma relevante discussão sobre a “patologização da pessoa gorda” - ou seja, sobre gordofobia. É fundamental compreender que a obesidade é uma doença complexa, que envolve diversos fatores biológicos, comportamentais, psicológicos e sociais. Portanto, é necessário adotar uma abordagem humanizada e integral no cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, valorizando as suas

características e singularidades. É preciso promover a saúde e o bem-estar de forma inclusiva e respeitosa, reconhecendo que cada indivíduo tem suas particularidades e necessidades específicas.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT). Planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde: material didático para secretarias de saúde. 2020. Disponível em <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129618/planejamento-e-dimensionamento-da-forca-de-trabalho-em-saude.pdf>. Acesso em 28 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cobertura potencial da APS. 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/11/Cobertura-Potencial-da-APS.pdf>. Acesso em 28 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. Brasília, DF. Jul. 2021. Disponível em [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf/view). Acesso em 28 mar. 2023
- BRASIL. Ministério da Saúde. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. Brasília, DF. 2022. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em 22 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPICUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília, DF: MS, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para sobrepeso e obesidade em adultos. Brasília, DF. 2022. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt-para-sobrepeso-e-obesidade-em-adultos/view>. Acesso em 22 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atlas de Situação Alimentar e Nutricional População Adulta. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atlas\\_situacao\\_alimentar\\_nutricional\\_populacao\\_adulta.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atlas_situacao_alimentar_nutricional_populacao_adulta.pdf). Acesso em: 21 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo PMAQ. 2ª edição. Brasília, DF. 2015. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf). Acesso em 23 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Brasília, DF: MS, 2022. 58 p. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_atencao\\_pessoas\\_sobrepeso\\_obesidade.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf). Acesso em 28 mar. 2023
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: manual instrutivo. Brasília/DF, 2014. Acesso em 28 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, DF: MS, 2014a. 214 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF: MS, 2014b. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor Atenção Básica. 2021. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>. Acesso em: 21 mar. 2023.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade. 2022. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/promocao/linhacuidado>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatórios de acesso público. Brasília, DF: MS, ©2023. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/vigilanciaalimentar>. Acesso em 28 mar. 2023
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. E-Gestor AB. Cobertura. 2021. Disponível em

- <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 30 mar. 2023.
- BRASIL. Presidência da República; Ministério da Fazenda; Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União; IPEA. Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante. Brasília, DF: IPEA, 2018. 192 p. v. 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária do Estado de Saúde de Santa Catarina. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Florianópolis. 2019. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/16883-plano-estadual-de-saude-2020-2023/file>. Acesso em 30 mar. 2023
- BURLANDY, L. et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, e00093419, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/ Qr7wymQ4J48kmS3wyZksgqQ/?lang=pt#>
- CDC. Epi Info™. Centers for Disease Control and Prevention. Set. 2022. Disponível em <https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>. Acesso em 28 mar. 2023
- DIAS PC et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad Saúde Pública**. 2017; 33:e00006016.
- ELFHAG, K.; RÖSSNER, S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, Oxford, UK, v. 6, n. 1, p. 67-85, Feb. 2005.
- FERNANDES, Alice Munz. et al. Metodologia de pesquisa de dissertações sobre inovação: análise bibliométrica. *Desafio online*, v. 6, n. 1, p. 141-159, Jan/Abr. 2018. Disponível em <https://desafioonline.ufms.br/index.php/deson/article/view/3539>. Acesso em 22 mar. 2023.
- FERTONANI, HP et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciênc Saúde Colet**. 2015; 20:1869-78.
- FIGUEIREDO, Ana Elisa Baastos et al. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciênc Saúde Colet*, v.26, n.1, p. 77-88, jan. 2021. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n1/77-88/#>. Acesso em 27 mar. 2023.
- GIOVANELLA, Ligia, et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 26, suppl 1, p. 2543-2556. Jun. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>. Acesso em 28 mar. 2023.
- GOIS, Isis; FARIA, Aline Liz de. A cultura da magreza como fator social na etiologia de transtornos alimentares em mulheres: uma revisão narrativa da literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v.7.n.1, jan. 2021. Disponível em <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/440/247>. Acesso em 30 mar. 2023.
- HEYMSFIELD, S. B.; WADDEN, T. A. Mechanisms, Pathophysiology, and Management of Obesity. *The New England Journal of Medicine*, Boston, Mass., v. 376, p. 1490-1492, Apr. 2017. DOI 10.1056/NEJMc1701944. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc1701944>. Acesso em: 22 mar. 2023.
- IEPS. Instituto de Estudos de Políticas de Saúde. UMANE. Panorama IEPS: Linhas de Cuidado de DCNT na APS. [Eletrônico]. 2021. 38 p. Disponível em: [https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/Panorama\\_IEPS\\_02.pdf](https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/Panorama_IEPS_02.pdf). Acesso em: 03 abr. 2023
- JEFFERY, R. W. et al. Long-term maintenance of weight loss: current status. *Health Psychology*, Hillsdale, N.J., v. 19, n. 1, p. 5-16, Jan. 2000. Supplement. DOI: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.Supp1.5>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10709944/>. Acesso em: 18 mar. 2023.
- KOCHE JC. Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e prática da pesquisa. 26ª ed. Petrópolis (SP): Vozes; 2008.

LEIBEL, R. L. et al. Biologic responses to weight loss and weight regain: report from an American Diabetes Association research symposium. *Diabetes*, New York, v. 64, p. 2299-2309, July 2015.

MACLEAN, P. S. et al. Biology's response to dieting: the impetus for weight regain. *American Journal of Physiology. Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, Bethesda, Md., v. 301, n. 3, p. R581- 600, Sept. 2011.

MACLEAN, P. S. et al. The role for adipose tissue in weight regain after weight loss. *Obesity Reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, Oxford, UK, v. 16, p. 45-54, Feb. 2015. Suppl 1.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JR, Jarbas Barbosa da; Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, n. 2, p. 373-390, 2016. Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742014000300002#:~:text=Ap%C3%B3s%20tr%C3%AAs%20anos%20do%20lan%C3%A7amento%20do%20Plano%20de,cobertura%20de%20mamografia%20e%20estabilidade%20na%20citologia%20onc%C3%B3tica](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000300002#:~:text=Ap%C3%B3s%20tr%C3%AAs%20anos%20do%20lan%C3%A7amento%20do%20Plano%20de,cobertura%20de%20mamografia%20e%20estabilidade%20na%20citologia%20onc%C3%B3tica). Acesso em 03 abr. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. Os cuidados das condições crônicas na atenção primária à saúde. OPAS. Organização Mundial da Saúde. Brasília, DF. 2012. Disponível em [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf). Acesso em 23 mar. 2023.

MATTOS, RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco/Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001. p. 39-84.

MIRANDA, Fernando. Estados brasileiros com maiores IDH's. Sociedade [online]. 2022. Disponível em <https://sociofina.com.br/estados-brasileiros-com-os-maiores-idh/>. Acesso em 02 abr. 2023.

NORDMO, Morten; DANIELSEN, Y. S.; NORDMO, Magnus. The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments. *Obesity Reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, Oxford, UK, v. 21, n. 1, p. e12949, Jan. 2020. Doi 10.1111/obr.12949. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31675146/>. Acesso em: 18 mar. 2023.

NOVÍSSIMO, Natália Fonseca de Abreu Rangel. Patologização a Pessoa Gorda. In: Lino, Monica Motta; Amadigi, Felipa Rafaela (Orgs). Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis [livro eletrônico]. Brasil, Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); São José, SC: Ed. dos Autores, 2023.

OBESITY CANADÁ. 5As Team: Improving obesity prevention and management in primary care. 2020. Disponível em: <https://obesitycanada.ca/5as-team/>. Acesso em: 14 mar. 2023.

OCHNER, C. N. et al. Treating obesity seriously: when recommendations for lifestyle change confront biological adaptations. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*, London, v. 3, n. 4, p. 232-234, Apr. 2015.

PAIM, Marina Bastos; KOVALESKI, Douglas Francisco. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde e Sociedade*, março, 2020.

RANGEL, Natália Fonseca de Abreu. O ativismo gordo em campo: política, identidade e construção de significados. 2018. 162f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) - Programa de Pós-graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2018.

SILVA PFA, BAPTISTA TWF. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Physis (Rio J.)* 2014; 24:441- 65.

SUMITHRAN, P. et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *The New England Journal of Medicine*, Boston, Mass., v. 365, p. 1597-1604, Oct. 2011.

SUMITHRAN, P.; PROIETTO, J. The defence of body weight: a physiological basis for weight regain after weight loss. *Clinical Science*, London, v. 124, n. 4, p. 231-241, Feb. 2013. Disponível em: <https://portlandpress.com/clinsci/article-abstract/124/4/231/69118/The-defence-of-body-weight-aphysiological-basis?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 22 mar. 2023.



SWINBURN, B. A. et al. A sindemia global da obesidade, desnutrição e mudanças climáticas: relatório da Comissão The Lancet. [S. l.: s. n.], 2019. Disponível em: [https://alimentandopoliticas.org.br/wpcontent/uploads/2019/08/idec-the\\_lancet-sumario\\_executivo-baixa.pdf](https://alimentandopoliticas.org.br/wpcontent/uploads/2019/08/idec-the_lancet-sumario_executivo-baixa.pdf). Acesso em: 20 mar 2023.

TEIXEIRA CF. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: Teixeira CF, Solla JP, organizadores. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA; 2006. p. 85-108.

TOMAZ, Rafael Cândido. Et al. Corpo padrão: um estudo sobre as concepções do corpo feminino exposto pela mídia. **Revista Latino-americana de psicologia corporal**, n. 9, p. 120-145. Jun. 2020. Disponível em <https://psicorporal.emnuvens.com.br/flapc/article/view/98>. Acesso em 30. Mar 2023.

ULEN, C. G. et al. Weight regain prevention. *Clinical Diabetes*, New York, v. 26, p. 100-113, July 2008.

VARKEVISSER, R. D. M. et al. Determinants of weight loss maintenance: a systematic review. *Obesity Reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, Oxford, UK, v. 20, n. 2, p. 171-211, Feb. 2019. DOI 10.1111/obr.12772. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/obr.12772>. Acesso em: 22 mar. 2023.

**APÊNDICE I - COBERTURA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SANTA CATARINA  
POR REGIÃO DE SAÚDE**

**Região de Saúde: Alto Uruguai Catarinense**

**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS: 80,30%**

<b>Município</b>	<b>Pop. Estimada</b>	<b>Nº eSF 40h</b>	<b>Nº eAP 30h</b>	<b>Cobertura APS</b>
Alto Bela Vista	1.915	1	0	100
Arabutã	4.268	2	0	100
Concórdia	75.683	14	0	63,82
Ipira	4.367	2	0	100
Ipumirim	7.647	3	0	100
Irani	10.575	4	0	100
Itá	6.091	3	0	100
Lindóia do Sul	4.530	1	0	76,16
Peritiba	2.733	1	0	100
Piratuba	3.637	2	0	100
Presidente Castelo Branco	1.526	1	0	100
Seara	17.610	6	0	100
Xavantina	3.873	2	0	100

**Região de Saúde: Alto Vale do Itajaí**

**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS: 94,15%**

<b>Município</b>	<b>Pop. Estimada</b>	<b>Nº eSF 40h</b>	<b>Nº eAP 30h</b>	<b>Cobertura APS</b>
Agrolândia	11.160	5	0	100
Agronômica	5.570	2	0	100
Atalanta	3.179	1	0	100
Aurora	5.687	3	0	100
Braço do Trombudo	3.794	2	0	100
Chapadão do Lageado	3.025	1	0	100
Dona Emma	4.224	2	0	100
Ibirama	19.238	7	0	100
Imbuia	6.284	3	0	100
Ituporanga	25.619	8	0	100

José Boiteux	5.019	2	0	100
Laurentino	7.154	3	0	100
Lontras	12.497	6	0	100
Mirim Doce	2.257	1	0	100
Petrolândia	5.873	3	0	100
Pouso Redondo	17.965	7	0	100
Presidente Getúlio	17.973	8	0	100
Presidente Nereu	2.279	1	0	100
Rio do Campo	5.864	3	0	100
Rio do Oeste	7.552	3	0	100
Rio do Sul	72.931	16	0	75,69
Salete	7.674	3	0	100
Santa Terezinha	8.760	3	0	100
Taió	18.576	6	0	100
Trombudo Central	7.506	3	0	100
Vidal Ramos	6.321	3	0	100
Vitor Meireles	4.907	3	0	100
Witmarsum	4.032	2	0	100

**Região de Saúde: Alto Vale do Rio do Peixe**  
**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS: 80,94%**

<b>Município</b>	<b>Pop. Estimada</b>	<b>Nº eSF 40h</b>	<b>Nº eAP 30h</b>	<b>Cobertura APS</b>
Arroio Trinta	3.547	1	0	97,27
Caçador	80.017	20	0	86,23
Calmon	3.325	2	0	100
Curitibanos	40.037	8	0	68,94
Fraiburgo	36.723	9	0	84,55
Frei Rogério	1.918	1	0	100
Ibiam	1.952	1	0	100
Iomerê	2.979	1	0	100
Lebon Régis	12.122	4	0	100
Macieira	1.757	1	0	100
Matos Costa	2.442	2	0	100
Pinheiro Preto	3.635	2	0	100

Ponte Alta do Norte	3.426	1	0	100
Rio das Antas	6.199	2	0	100
Salto Veloso	4.792	2	0	100
Santa Cecília	17.004	0	0	0
São Cristovão do Sul	5.646	2	0	100
Tangará	8.648	3	0	100
Timbó Grande	8.003	3	0	100
Videira	54.145	10	3	80,34

**Região de Saúde: Carbonífera**

**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS: 86,42%**

Município	Pop. Estimada	Nº eSF 40h	Nº eAP 30h	Cobertura APS
Balneário Rincão	13.129	6	0	100
Cocal do Sul	16.956	7	0	100
Criciúma	219.393	46	0	72,34
Forquilha	27.621	10	0	100
Içara	58.055	19	0	100
Lauro Muller	15.380	6	0	100
Morro da Fumaça	18.095	6	0	100
Nova Veneza	15.515	6	0	100
Orleans	23.161	9	0	100
Siderópolis	14.176	5	0	100
Treviso	4.002	2	0	100
Urussanga	21.419	9	0	100

**Região de Saúde: Extremo Oeste**

**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS: 99,87%**

Município	Pop. Estimada	Nº eSF 40h	Nº eAP 30h	Cobertura APS
Anchieta	5.477	3	0	100
Bandeirante	2.618	1	0	100
Barra Bonita	1.625	1	0	100
Belmonte	2.712	1	0	100
Bom Jesus do Oeste	2.136	1	0	100

Descanso	8.136	3	0	100
Dionísio Cerqueira	15.592	6	0	100
Flor do Sertão	1.575	1	0	100
Guaraciaba	9.964	5	0	100
Guarujá do Sul	5.196	2	0	100
Iporã do Oeste	9.093	4	0	100
Iraceminha	3.901	2	0	100
Itapiranga	17.139	6	0	100
Maravilha	26.463	8	0	100
Modelo	4.227	2	0	100
Mondaí	12.034	4	0	100
Palma Sola	7.321	3	0	100
Paraíso	3.284	2	0	100
Princesa	2.950	1	0	100
Romelândia	4.584	2	0	100
Saltinho	3.727	2	0	100
Santa Helena	2.178	1	0	100
Santa Terezinha do Progresso	2.317	1	0	100
São João do Oeste	6.423	2	0	100
São José do Cedro	13.811	5	0	100
São Miguel da Boa Vista	1.794	1	0	100
São Miguel do Oeste	41.246	11	1	99,28
Saudades	9.874	4	0	100
Tigrinhos	1.606	1	0	100
Tunápolis	4.507	2	0	100

**Região de Saúde:** Extremo Sul Catarinense

**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS:** 88,87%

Município	Pop. Estimada	Nº eSF 40h	Nº eAP 30h	Cobertura APS
Araranguá	69.493	15	0	74,47
Balneário Arroio do Silva	13.782	4	1	100
Balneário Gaivota	11.537	3	0	89,71

Ermo	2.059	1	0	100
Jacinto Machado	10.337	3	0	100
Maracajá	7.461	1	0	46,24
Meleiro	6.989	3	0	100
Morro Grande	2.884	1	0	100
Passo de Torres	9.269	3	2	100
Praia Grande	7.305	3	0	100
Santa Rosa do Sul	8.397	4	0	100
São João do Sul	7.332	3	0	100
Sombrio	31.084	9	0	99,89
Timbé do Sul	5.338	2	0	100
Turvo	13.080	4	0	100

**Região de Saúde: Foz do Rio Itajaí**

**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS: 79,41%**

Município	Pop. Estimada	Nº eSF 40h	Nº eAP 30h	Cobertura APS
Balneário Camboriú	149.227	21	5	58,6
Balneário Piçarras	24.385	9	0	100
Bombinhas	20.889	6	0	99,1
Camboriú	87.179	20	0	79,15
Ilhota	14.531	6	0	100
Itajaí	226.617	57	0	86,78
Itapema	69.323	21	0	100
Luiz Alves	13.347	4	1	100
Navegantes	85.734	13	0	52,31
Penha	34.022	9	0	91,26
Porto Belo	22.466	9	0	100

**Região de Saúde: Grande Florianópolis**

**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS: 91,11%**

Município	Pop. Estimada	Nº eSF 40h	Nº eAP 30h	Cobertura APS
Águas Mornas	6.646	3	0	100
Alfredo Wagner	10.136	3	0	100
Angelina	4.686	2	0	100

Anitápolis	3.223	1	0	100
Antônio Carlos	8.712	3	1	100
Biguaçu	70.471	24	0	100
Canelinha	12.553	6	0	100
Florianópolis	516.524	145	1	97,43
Garopaba	24.070	9	6	100
Governador Celso Ramos	14.739	7	0	100
Leoberto Leal	2.960	2	0	100
Major Gercino	3.465	2	0	100
Nova Trento	15.010	7	0	100
Palhoça	178.679	42	0	81,1
Paulo Lopes	7.642	3	1	100
Rancho Queimado	2.897	1	0	100
Santo Amaro da Imperatriz	23.907	9	4	100
São Bonifácio	2.791	1	0	100
São João Batista	39.719	12	0	100
São José	253.705	55	0	74,79
São Pedro de Alcântara	6.046	2	0	100
Tijucas	39.889	14	0	100

**Região de Saúde: Laguna**

**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS: 99,48%**

<b>Município</b>	<b>Pop. Estimada</b>	<b>Nº eSF 40h</b>	<b>Nº eAP 30h</b>	<b>Cobertura APS</b>
Armazém	8.843	2	0	78,03
Braço do Norte	34.294	12	1	100
Capivari de Baixo	25.477	9	0	100
Grão Pará	6.621	3	0	100
Gravatal	11.652	4	0	100
Imaruí	9.764	5	0	100
Imbituba	45.711	19	2	100
Jaguaruna	20.547	8	0	100
Laguna	46.424	14	0	100
Pedras Grandes	3.931	2	0	100

Pescaria Brava	10.225	5	0	100
Rio Fortuna	4.630	2	0	100
Sangão	13.128	5	0	100
Santa Rosa de Lima	2.151	1	0	100
São Ludgero	13.886	5	0	100
São Martinho	3.162	1	0	100
Treze de Maio	7.104	3	0	100
Tubarão	107.143	32	0	100

**Região de Saúde: Médio Vale do Itajaí**

**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS: 95,82%**

<b>Município</b>	<b>Pop. Estimada</b>	<b>Nº eSF 40h</b>	<b>Nº eAP 30h</b>	<b>Cobertura APS</b>
Apiúna	10.951	4	0	100
Ascurra	8.021	2	0	86,02
Benedito Novo	11.896	5	0	100
Blumenau	366.418	116	26	100
Botuverá	5.396	3	0	100
Brusque	140.597	34	0	83,43
Doutor Pedrinho	4.164	2	0	100
Gaspar	71.925	18	0	86,34
Guabiruba	24.922	8	0	100
Indaial	72.346	21	0	100
Pomerode	34.561	10	0	99,82
Rio dos Cedros	11.937	4	0	100
Rodeio	11.647	5	0	100
Timbó	45.703	14	0	100

**Região de Saúde: Meio Oeste**

**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS: 91,75%**

<b>Município</b>	<b>Pop. Estimada</b>	<b>Nº eSF 40h</b>	<b>Nº eAP 30h</b>	<b>Cobertura APS</b>
Abdon Batista	2.534	1	0	100
Água Doce	7.160	3	0	100



Brunópolis	2.318	1	0	100
Campos Novos	36.861	8	1	83,01
Capinzal	23.218	4	0	59,44
Catanduvas	11.106	4	0	100
Celso Ramos	2.709	1	0	100
Erval Velho	4.423	2	0	100
Herval d'Oeste	22.820	8	0	100
Ibicaré	3.154	2	0	100
Jaborá	3.899	2	0	100
Joaçaba	30.684	10	0	100
Lacerdópolis	2.248	1	0	100
Luzerna	5.683	3	0	100
Monte Carlo	9.945	4	0	100
Ouro	7.251	2	0	95,16
Treze Tílias	8.138	3	0	100
Vargem	2.387	1	0	100
Vargem Bonita	4.411	2	0	100
Zortéa	3.432	1	0	100

**Região de Saúde: Nordeste**

**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS: 85,12%**

<b>Município</b>	<b>Pop. Estimada</b>	<b>Nº eSF 40h</b>	<b>Nº eAP 30h</b>	<b>Cobertura APS</b>
Araquari	40.890	9	1	83,27
Balneário Barra do Sul	11.271	4	0	100
Garuva	18.816	6	0	100
Itapoá	21.766	6	0	95,1
Joinville	604.708	149	0	85,01
São Francisco do Sul	54.751	12	0	75,62

**Região de Saúde: Oeste**

**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS: 100%**

<b>Município</b>	<b>Pop. Estimada</b>	<b>Nº eSF 40h</b>	<b>Nº eAP 30h</b>	<b>Cobertura APS</b>
Águas de Chapecó	6.544	3	0	100

Águas Frias	2.341	1	0	100
Arvoredo	2.228	1	0	100
Caibi	6.112	3	0	100
Caxambu do Sul	3.462	2	0	100
Chapecó	227.587	67	0	100
Cordilheira Alta	4.585	2	0	100
Coronel Freitas	9.900	3	0	100
Cunha Porã	11.150	4	0	100
Cunhataí	1.972	1	0	100
Formosa do Sul	2.481	1	0	100
Guatambú	4.692	2	0	100
Irati	1.887	1	0	100
Jardinópolis	1.520	1	0	100
Nova Erechim	5.163	2	0	100
Nova Itaberaba	4.327	2	0	100
Paial	1.444	1	0	100
Palmitos	16.144	5	0	100
Pinhalzinho	21.103	7	0	100
Planalto Alegre	2.907	1	0	100
Quilombo	9.773	4	0	100
Riqueza	4.525	2	0	100
Santiago do Sul	1.211	1	0	100
São Carlos	11.456	4	0	100
Serra Alta	3.249	1	0	100
Sul Brasil	2.386	1	0	100
União do Oeste	2.364	1	0	100

**Região de Saúde: Planalto Norte**

**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS: 85,19%**

<b>Município</b>	<b>Pop. Estimada</b>	<b>Nº eSF 40h</b>	<b>Nº eAP 30h</b>	<b>Cobertura APS</b>
Bela Vista do Toldo	6.386	3	0	100
Campo Alegre	11.985	3	0	86,36
Canoinhas	54.558	11	0	69,56
Irineópolis	11.354	5	0	100

Itaiópolis	21.889	8	0	100
Mafra	56.825	18	0	100
Major Vieira	8.209	1	0	42,03
Monte Castelo	8.263	3	0	100
Papanduva	19.521	6	1	100
Porto União	35.685	10	0	96,68
Rio Negrinho	42.684	9	2	86,8
São Bento do Sul	86.317	12	6	68,82
Três Barras	19.455	9	0	100

**Região de Saúde:** Serra Catarinense

**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS:** 95,76%

Município	Pop. Estimada	Nº eSF 40h	Nº eAP 30h	Cobertura APS
Anita Garibaldi	6.783	3	0	100
Bocaina do Sul	3.501	1	0	98,54
Bom Jardim da Serra	4.801	2	0	100
Bom Retiro	10.153	4	0	100
Campo Belo do Sul	6.889	4	0	100
Capão Alto	2.467	0	0	0
Cerro Negro	3.013	1	0	100
Correia Pinto	12.315	5	0	100
Lages	157.158	44	0	96,59
Otacílio Costa	19.201	6	0	100
Painel	2.352	1	0	100
Palmeira	2.673	1	0	100
Ponte Alta	4.619	2	0	100
Rio Rufino	2.484	1	0	100
São Joaquim	27.322	7	0	88,39
São José do Cerrito	8.054	2	0	85,67
Urubici	11.311	4	0	100
Urupema	2.453	1	0	100

**Região de Saúde: Vale do Itapocú**  
**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS: 59,85%**

<b>Município</b>	<b>Pop. Estimada</b>	<b>Nº eSF 40h</b>	<b>Nº eAP 30h</b>	<b>Cobertura APS</b>
Barra Velha	30.539	9	0	100
Corupá	16.300	4	0	84,66
Guaramirim	46.757	9	0	66,41
Jaraguá do Sul	184.579	21	1	40,88
Massaranduba	17.330	6	0	100
São João do Itaperiú	3.784	1	2	100
Schroeder	22.605	6	0	91,57

**Região de Saúde: Xanxerê**  
**Estimativa de Cobertura Populacional pela APS: 94,64%**

<b>Município</b>	<b>Pop. Estimada</b>	<b>Nº eSF 40h</b>	<b>Nº eAP 30h</b>	<b>Cobertura APS</b>
Abelardo Luz	18.015	8	0	100
Bom Jesus	3.104	1	0	100
Campo Erê	8.312	4	0	100
Coronel Martins	2.560	1	0	100
Entre Rios	3.232	1	1	100
Faxinal dos Guedes	10.630	5	0	100
Galvão	2.711	2	0	100
Ipuaçu	7.643	3	0	100
Jupiaá	2.083	1	0	100
Lajeado Grande	1.408	1	0	100
Marema	1.703	1	0	100
Novo Horizonte	2.366	1	0	100
Ouro Verde	2.197	1	0	100
Passos Maia	4.072	2	0	100
Ponte Serrada	11.674	4	0	100
São Bernardino	2.239	1	0	100
São Domingos	9.422	4	0	100
São Lourenço do Oeste	24.501	8	0	100
Vargeão	3.569	2	0	100

Xanxerê	52.290	12	0	79,17
Xaxim	29.254	9	0	100

## ANEXO I - Nota Técnica n. 006/2022 DAPS/SPS/SES/SC



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Superintendência de Planejamento em Saúde**  
**Diretoria de Atenção Primária à Saúde**



### NOTA TÉCNICA Nº 006/2022 – DAPS/SPS/SES

**ASSUNTO: INDICADOR - Percentual da população atendida por Equipes de Atenção Primária (Equipe de Saúde da Família-eSF e Equipe de Atenção Primária-eAP).**

Considerando a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 que Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Considerando a Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019 altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP, e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada.

Esse indicador está relacionado com a implantação de serviços de Atenção Primária: cobertura populacional estimada por serviços de Atenção Primária, Percentual da população atendida por Equipe da Estratégia Saúde da Família (eSF) e Equipe de Atenção Primária (eAP). Considera também a centralidade da Atenção Primária no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locorregionais de Saúde; considerando-se as duas principais modalidades de equipes reconhecidas e cofinanciadas pelo Ministério da Saúde (MS).

**Descrição:** Percentual da população atendida por equipe da eSF e eAP.

**Parâmetro:** Bom 100%; Neutro  $\geq$  90%; Crítico < 90%.



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Superintendência de Planejamento em Saúde**  
**Diretoria de Atenção Primária à Saúde**



**Método de Cálculo: (municipal, regional, estadual)**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de eSF pagas} * 3450 + \text{N}^\circ \text{ de eAP pagas} * 3000}{\text{população base de cada equipe}} * 100$$

Estimativa total da população por local por período (IBGE)

**Numerador:** mês de referência dos dados coletados

**Mês referência: janeiro/2022**

Dados: outubro/2021

**Mês referência: fevereiro/2022**

Dados: novembro/2021

**Mês referência: março/2022**

Dados: dezembro/2021

**Mês referência: abril/2022**

Dados: janeiro/2022

**Mês referência: maio/2022**

Dados: fevereiro/2022

**Mês referência: junho/2022**

Dados: março/2022

**Mês referência: julho/2022**

Dados: abril/2022

**Mês referência: agosto/2022**

Dados: maio/2022

**Mês referência: setembro/2022**

Dados: junho/2022

**Mês referência: outubro/2022**

Dados: julho/2022



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Superintendência de Planejamento em Saúde**  
**Diretoria de Atenção Primária à Saúde**



**Mês referência: novembro/2022**

Dados: agosto/2022

**Mês referência: dezembro/2022**

Dados: setembro/2022

OBS: A Nota metodológica do Ministério da Saúde (MS) considera o valor de 3.450 habitantes cobertos por eSF como parâmetro para cada equipe e 3.000 habitantes para eAP. Para municípios com população inferior ao parâmetro de 3.000 habitantes procede-se a equiparação considerando a população do município.

**Denominador:** para aferição mensal será considerada a população IBGE estimada do ano anterior. A população dos municípios do ano corrente é disponibilizada no IBGE a partir do mês de agosto de cada ano.

**Responsáveis:** Coordenação de Monitoramento e Avaliação da APS (CMA)/ Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS)/Superintendência de Planejamento em Saúde (SPS)/ Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (SES/SC).

**Plano de ação:** CMA.

**Corresponsáveis:** SPS.

**Matriz de Risco:**

- Lentidão na homologação das equipes por parte do MS, após credenciamento.





**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Superintendência de Planejamento em Saúde**  
**Diretoria de Atenção Primária à Saúde**



- Mudanças na gestão municipal de saúde ocasionando diferentes compreensões sobre a necessidade de cobertura plena e de ações para ampliação do número de equipes.
- Falta de acompanhamento do registro adequado nos sistemas de informação e de sua atualização (CNES e SISAB) por parte dos municípios.
- Falhas na gestão da infraestrutura e deterioração das condições de trabalho, ocasionando evasão e rotatividade de profissionais bem como descredenciamento de equipes.

Florianópolis, 23 de maio de 2022.

*[assinatura digitalmente]*  
**Jane Laner Cardoso**  
Diretora de Atenção Primária à Saúde  
DAPS/SPS/SES

*[assinatura digitalmente]*  
**João Paulo Mello da Silveira**  
Coordenação Monitoramento e Avaliação de APS  
DAPS/SPS/SES



## Assinaturas do documento



Código para verificação: **N3A4T33H**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



**JANE LANER CARDOSO** (CPF: 377.XXX.500-XX) em 23/05/2022 às 18:36:14

Emitido por: "SGP-e", emitido em 27/03/2020 - 17:53:15 e válido até 27/03/2120 - 17:53:15.  
(Assinatura do sistema)



**JOÃO PAULO MELLO DA SILVEIRA** (CPF: 030.XXX.099-XX) em 25/05/2022 às 15:45:10

Emitido por: "SGP-e", emitido em 25/11/2021 - 17:37:59 e válido até 25/11/2121 - 17:37:59.  
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTifMDAwODg3NTVfODk4MjlfMjAyMI9OM0E0VDMzSA==> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00088755/2022** e o código **N3A4T33H** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.

## ANEXO II - Nota Técnica n. 418/2021 CGGAP/DESF/SAPS/MS

05/11/2021 17:02

SEI/MS - 0022495286 - Nota Técnica



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Saúde da Família  
Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária

## NOTA TÉCNICA Nº 418/2021-CGGAP/DESF/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Nota Metodológica da Cobertura da Atenção Primária à Saúde das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde.

2. **ANÁLISE**

2.1. Esta nota metodológica traz informações detalhadas referentes ao método de cálculo da meta do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2023, cujo enunciado é ampliar para 59,54%<sup>[1]</sup> a cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), relativa ao Objetivo Estratégico - OE1: *Promover a ampliação e a resolutividade das ações e serviços da atenção primária de forma integrada e planejada*. O método de cálculo dessa meta passou por alterações devido à necessidade de alinhamento às inovações instituídas pelo Programa Previne Brasil (Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019). O novo método de cálculo considera o quantitativo de população cadastrada pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Primária (eAP) financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) em relação à população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

2.2. **Método de cálculo**

$$\text{Cobertura da APS das equipes financiadas pelo MS no Brasil} = \left( \frac{\text{População cadastrada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF) e da Atenção Primária (eAP) financiadas pelo MS no Brasil}}{\text{Estimativa populacional do Brasil}} \right) * 100$$

2.3. Esta fórmula corresponde ao cálculo da cobertura da APS das equipes financiadas pelo MS em âmbito nacional utilizado para monitoramento do PNS 2020-2023. Uma fórmula correspondente pode ser utilizada para o cálculo da cobertura da APS das equipes financiadas pelo MS nos âmbitos estadual, municipal e do Distrito Federal (DF), bastando substituir os valores do numerador e do denominador, conforme fórmulas seguintes. Cabe informar que o recorte utilizado para monitoramento do PNS é a nível Brasil, e que os cálculos de cobertura de equipes financiadas pelo MS para os estados e municípios, trata-se de uma opção a mais para monitoramento localmente desse indicador, sem impacto no resultado final apresentado no PNS 2020-2023, sendo a iniciativa de disponibilização dessas informações pautada no princípio da transparência ativa.

05/11/2021 17:02

SEI/MS - 0022495286 - Nota Técnica

$$\text{Cobertura da APS das equipes financiadas pelo MS no estado} = \left( \frac{\text{População cadastrada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF) e da Atenção Primária (eAP) financiadas pelo MS no estado}}{\text{Estimativa populacional do estado}} \right) * 100$$

$$\text{Cobertura da APS das equipes financiadas pelo MS no município} = \left( \frac{\text{População cadastrada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF) e da Atenção Primária (eAP) financiadas pelo MS no município}}{\text{Estimativa populacional do município}} \right) * 100$$

$$\text{Cobertura da APS das equipes financiadas pelo MS no DF} = \left( \frac{\text{População cadastrada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF) e da Atenção Primária (eAP) financiadas pelo MS no DF}}{\text{Estimativa populacional do DF}} \right) * 100$$

## 2.4. Numerador

2.4.1. O numerador da fórmula corresponde à soma cumulativa de pessoas com cadastro vinculado a eSF<sup>[2]</sup> e eAP 20 horas e 30 horas, financiadas pelo Ministério da Saúde<sup>[3]</sup>, na competência avaliada<sup>[4]</sup>.

2.4.2. O vínculo refere-se ao cadastro individual completo ou simplificado. Os usuários serão considerados somente uma vez na base nacional, por isso, faz-se necessária a identificação correta, a partir da validação das informações do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou Cartão Nacional de Saúde (CNS) e data de nascimento, que devem ser idênticas ao registro do CADSUS. No caso de o usuário estar cadastrado em mais de uma equipe/município, este será alocado pelo sistema do Ministério da Saúde, segundo as regras descritas na Nota Técnica Explicativa – Relatório de Cadastro<sup>[5]</sup>.

2.4.3. Caso o quantitativo de pessoas cadastradas pelas eSF e eAP 20 horas e 30 horas seja superior à estimativa populacional do IBGE, o numerador deverá considerar a estimativa populacional do IBGE. Essa regra também deve ser aplicada para o cálculo da cobertura para estados e municípios que tenham o quantitativo de pessoas cadastradas pelas equipes de APS superior à estimativa populacional do IBGE, sendo que nestes casos, deve-se considerar no numerador a estimativa populacional do IBGE. Importante esclarecer que essa regra é válida para o cálculo da cobertura da APS referente a meta PNS, uma vez que para o pagamento da capitação ponderada a regra é distinta, conforme Portaria nº 247, de 9 de fevereiro de 2021<sup>[6]</sup>.

## 2.5. Denominador

2.5.1. Estimativa populacional calculada pelo IBGE referente ao último ano disponível e mediante publicação normativa do MS<sup>[7]</sup>.

## 2.6. Interpretação do Indicador de Cobertura

2.6.1. Estima o percentual da população coberta por eSF e eAP 20 horas e 30 horas cadastrada nas equipes financiadas no componente “Capitação Ponderada”<sup>[8]</sup> do Previner Brasil (Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019) em determinado espaço geográfico, no período considerado.

## 2.7. Fonte dos dados<sup>[9]</sup>

2.7.1. As fontes de dados utilizadas no cálculo do indicador de cobertura da APS das equipes financiadas pelo MS são: Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor AB) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

## 2.8. Procedimentos metodológicos

2.8.1. Os códigos dos tipos de equipe elegíveis para o cálculo de cobertura são Equipes de Saúde da Família (código 70)<sup>[10]</sup> e Equipes de Atenção Primária (código 76).

### 2.8.2. Validação das equipes

2.8.2.1. As eSF e eAP elegíveis para o cálculo da cobertura de APS são as equipes ativas no CNES e com cumprimento das regras informadas a seguir:

- Inserção correta das categorias profissionais e dos Códigos Brasileiros de Ocupação (CBO), carga horária adequada, tipo de equipe elegível e tipo de estabelecimento válido, em conformidade com a Portaria nº 60, de 26 de novembro de 2020.
- Quanto à natureza jurídica dos estabelecimentos de Atenção Primária, será considerada a de natureza pública.
- Devem ser credenciadas, homologadas e válidas para pagamento pelo Ministério da Saúde, em conformidade com a Portaria nº 60, de 26 de novembro de 2020.

2.8.2.2. Excluem-se dos cálculos de cobertura da APS as equipes que tenham as seguintes condições, por situação da equipe:

- **Duplicidade de profissional:** será aplicada a suspensão de transferência dos incentivos financeiros federais referente ao custeio da equipe ou serviço em que o profissional está cadastrado com data mais antiga, sendo mantida a transferência de custeio da equipe ou serviço em que o profissional está cadastrado com data mais recente.
- **Duplicidade de profissional com idêntica data de cadastro na equipe ou serviço** será aplicada a suspensão de transferência dos incentivos financeiros federais referente ao custeio de todas as equipes ou serviços em que o profissional está cadastrado, e por consequência, essas equipes serão excluídas do cálculo de cobertura.
- **Suspensão por determinação de órgão de controle:** será aplicada a suspensão de transferência dos incentivos financeiros federais referente ao custeio de todas as equipes nas quais forem detectadas irregularidades por meio de fiscalização ou auditorias de órgãos federais, estaduais ou municipais.

### 2.8.3. Data da apuração

2.8.3.1. O indicador da cobertura será calculado após o ciclo de fechamento da base de dados do SISAB e aplicações de validações rotineiras do sistema a cada competência. O cálculo será realizado mensalmente considerando os dados de cadastros/mês.

### 2.8.4. Limitações

- Os critérios metodológicos adotados no cálculo do indicador de cobertura da APS restringem o numerador ao considerarem o quantitativo de pessoas cadastradas em eSF e eAP financiadas pelo MS.
- As eSFR, mesmo sendo equipes com código 70, não têm o quantitativo da população consideradas no cálculo da cobertura, pois o mesmo só considera equipes eSF e eAP financiadas pelo MS por

meio do componente “Capitação Ponderada” [1].

- O indicador de cobertura da APS das equipes financiadas pelo MS permite mensurar a quantidade de pessoas cadastradas nas eSF e eAP, e não a quantidade de pessoas atendidas por estas equipes.

[1] O índice de referência da meta cobertura da APS do PNS 2020-2023 é de 52,76%, sendo o numerador igual ao quantitativo de pessoas cadastradas em equipes financiadas na competência financeira outubro/2020 (110.876.856 pessoas) e o denominador é a estimativa da população brasileira disponibilizada pelos IBGE (2019), que corresponde a 210.147.125 pessoas.

[2] Para o componente de capitação ponderada do novo modelo de financiamento de custeio da APS no SUS, é considerada a base de cadastros individuais registradas pelos profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família (eSF), equipe de Atenção Primária (eAP), equipe de Consultório na Rua (eCR), equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP). Porém, para o cálculo da cobertura da APS da meta do PNS 2020-2023, considera-se apenas indivíduos registrados pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) financiadas pelo MS.

[3] Financiadas no componente “Capitação Ponderada” do Programa Previne Brasil.

[4] Os dados de cadastro são referentes à competência CNES utilizada para validação da competência financeira. Exemplo: para o cálculo da cobertura da APS do mês de fevereiro/2021, utilizam-se os dados de pagamento das equipes na competência financeira de fevereiro/2021, cuja validação utiliza como referência dados da competência CNES janeiro/2021. Consequentemente, o quantitativo da população cadastrada nas equipes pagas na competência de fevereiro/2021 é referente ao acumulado até a competência CNES de janeiro/2021 no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB).

[5] Critérios com as regras de cadastro e desempate podem ser consultados na Nota Técnica Explicativa – Relatório de Cadastro, disponível no link: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/nota\\_tecnica\\_relatorio\\_cadastro.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/nota_tecnica_relatorio_cadastro.pdf)

[6] Conforme estabelece a Portaria n° 247, de 9 de fevereiro de 2021: “O cálculo do incentivo financeiro da capitação no ano de 2021 poderá ultrapassar a população definida pelo IBGE, quando o município ou Distrito Federal possuir quantitativo de pessoas cadastradas superior a população total definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)”.

[7] Atualmente está em uso a estimativa populacional do ano de 2019, que corresponde a 210.147.125 pessoas, sendo esta a população brasileira.

[8] Vide considerações da nota de rodapé número 2.

[9] As respectivas fontes podem ser acessadas pelos links: SISAB:

(<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>); CNES: (<http://cnes.datasus.gov.br/>); e-Gestor AB: (<https://egestorab.saude.gov.br/>) e IBGE: (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=25272&t=resultados>).

[10] Com exceção das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR).

[11] Vide considerações da nota de rodapé número 2.

### 3. CONCLUSÃO

3.1. Portanto, com o intuito de contribuir com a avaliação do desempenho do sistema de saúde, a partir da produção de dados em âmbito nacional sobre a atenção à saúde, no que diz respeito ao acesso aos serviços, às ações preventivas, à continuidade dos cuidados e ao financiamento da assistência, este documento apresenta as informações referentes ao método de cálculo de cobertura da APS, exclusivamente para o monitoramento da meta do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2023.



Documento assinado eletronicamente por **Karoliny Evangelista de Moraes Duque, Coordenador(a)-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária substituto(a)**, em 01/09/2021, às 17:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria de Oliveira Costa, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 03/09/2021, às 16:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 06/10/2021, às 17:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0022495286** e o código CRC **99FF582B**.

05/11/2021 17:02

SEI/MS - 0022495286 - Nota Técnica

Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária - CGGAP  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - saude.gov.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 3721.9480 – 3721.4998

## PARECER FINAL DA ORIENTADORA SOBRE O TCC

A acadêmica Nicolle Lehrer Corrêa concluiu o seu Trabalho de Conclusão de Curso com comprometimento e responsabilidade, empenhando-se e envolvendo-se durante toda a atividade. O texto apresenta coesão, coerência, ótimo desencadeamento de ideias, bem como, registra um processo de maturidade intelectual da estudante que se retrata por contínuas reflexões críticas da realidade em pesquisa, vivenciada na trajetória do TCC. O trabalho tem relevância, mérito e apresenta uma temática de grande relevância ao contexto catarinense, ao apontar a cobertura da APS no Estado de Santa Catarina e a cobertura instalada para o atendimento realizado às pessoas com sobrepeso e obesidade. O estudo da Nicolle e todo o seu empenho revela, por conseguinte, uma reflexão acerca do impacto dos altos indicadores de obesidade e seu reflexo no contexto catarinense, aportando contributos substanciais às pessoas que trabalham com políticas públicas – gestores, bem como, trabalhadores da saúde e à formação de enfermeiros(as). Destaca-se que a estudante potencializou uma sólida trajetória que iniciou por meio de atividades ainda no decorrer da Graduação em Enfermagem, por meio de estágios e atividades de pesquisa e extensão junto à esta orientadora, no Laboratório Interdisciplinar de Tecnologias Educacionais em Saúde - Grupo LITES, com grande dedicação e participação, coroando este lindo percurso com o excelente trabalho acadêmico, em tela. Parabênizos e desejo de sucesso em sua atividade profissional e pessoal. Que Deus continue abençoando os seus caminhos, suas escolhas e percursos.

Afetuosamente,  
Profª. Monica Lino



Documento assinado digitalmente

Monica Motta Lino

Data: 03/05/2023 15:03:54-0300

CPF: \*\*\*.567.539-\*\*

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Florianópolis, 05 de abril de 2023.