

CAPÍTULO 1

OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

LAIS ACACIO CAVALCANTE¹
ISABEL MIRANDA FONSECA MOREIRA²
ENZO ASSUNÇÃO DE ASSIS SANTOS³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹ Discente - UCPEL, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Discente - UNIFG, Guanambi, Bahia, Brasil.

³ Discente - PUC Minas Contagem, Contagem, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Obesidade; Síndrome Metabólica; Risco Cardiometabólico.

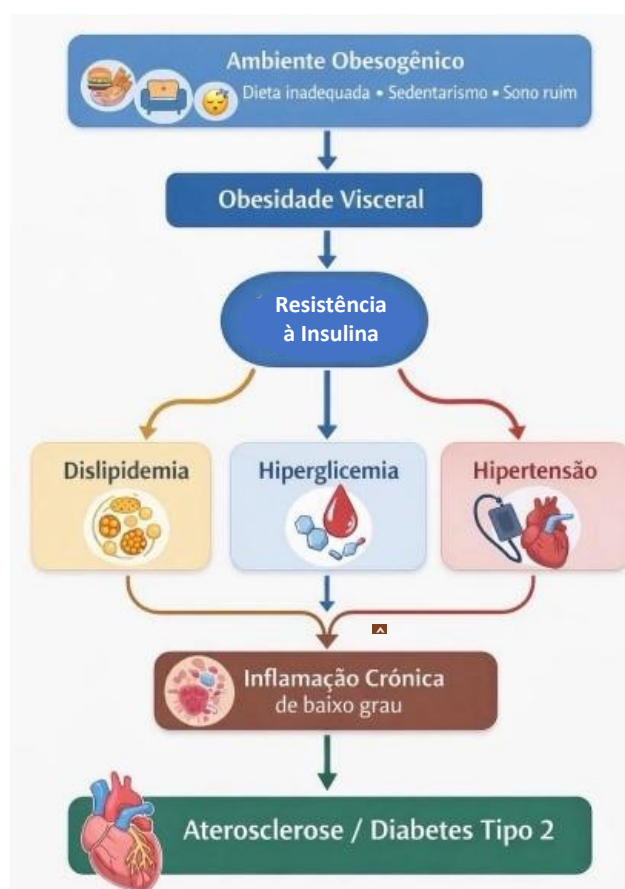
INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica, recidivante e multifatorial, caracterizada por excesso de adiposidade com repercussões metabólicas, cardiovasculares, mecânicas e psicossociais. Na atenção primária à saúde (APS), ela deve ser manejada como condição de alta complexidade clínica e organizacional: exige vigilância longitudinal, estratificação de risco, abordagem centrada na pessoa, coordenação do cuidado e integração com linhas de cuidado de hipertensão, diabetes, dislipidemia, doença hepática gordurosa associada à disfunção metabólica, apneia obstrutiva do sono e saúde mental. No SUS, o manejo do sobrepeso e da obesidade em adultos possui orientações formais por meio do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), que organiza avaliação, medidas não farmacológicas, farmacoterapia quando indicada e critérios de encaminhamento, contribuindo para padronização e equidade do cuidado (BRASIL, 2022). Paralelamente, diretrizes e consensos de sociedades científicas brasileiras vêm atualizando recomendações para metas de perda ponderal, seleção de terapias antiobesidade e prevenção de complicações cardiovasculares associadas (SARAIVA *et al.*, 2025; ABESO, 2026).

A síndrome metabólica (SM) representa um agrupamento de fatores de risco cardiometabólico, tipicamente adiposidade central, pressão arterial elevada, hiperglicemia e dislipidemia aterogênica, que coexistem com frequência e aumentam risco de diabetes tipo 2 e doença cardiovascular. Embora o conceito seja útil para comunicação de risco e tomada de decisão, sua aplicação clínica exige critérios diagnósticos claros e, sobretudo, uma estratégia terapêutica que vá além da “rotulagem”, integrando intervenções comportamentais, tratamento de comorbidades, manejo medicamentoso quando

indicado e enfrentamento de determinantes sociais. Definições amplamente utilizadas incluem o consenso da *International Diabetes Federation* (IDF), que valorizou obesidade central, e a definição “harmonizada” de 2009, que consolidou a presença de três de cinco componentes, com pontos de corte recomendados e flexíveis para circunferência da cintura conforme população (**Figura 1.1**) (ALBERTI *et al.*, 2006; ALBERTI *et al.*, 2009).

Figura 1.1 Fisiopatologia da síndrome metabólica



Legenda: Representação esquemática da progressão fisiopatológica desde ambiente obesogênico até desenvolvimento de aterosclerose e diabetes tipo 2.

Fonte: Adaptado de ALBERTI *et al.* (2009).

Na prática avançada em APS, obesidade e SM devem ser abordadas com foco em desfechos clínicos (redução de risco cardiovascular, prevenção de diabetes, melhora funcional e de qualidade de vida) e não apenas em números de

peso. A perda ponderal clinicamente significativa, sustentada no tempo, costuma requerer combinação de intervenções: mudança de estilo de vida estruturada, suporte multiprofissional, farmacoterapia antiobesidade em perfis selecionados e, em casos específicos, avaliação para cirurgia metabólica/bariátrica, com coordenação da APS na fase pré e pós-intervenção (ABESO, 2026; BRASIL, 2022).

O objetivo deste capítulo é oferecer uma síntese avançada e aplicável para especialistas sobre diagnóstico, estratificação de risco e manejo integrado da obesidade e da SM na APS, incluindo avaliação clínica e laboratorial, metas terapêuticas, intervenções comportamentais estruturadas, indicação e monitoramento de farmacoterapia, tratamento das comorbidades cardiometabólicas e organização do cuidado em linha.

Conceitos e diagnóstico na APS

Obesidade é frequentemente definida por IMC ≥ 30 kg/m², com estratificação em classes, mas o manejo avançado não pode se apoiar apenas no IMC. A adiposidade central (circunferência da cintura), a presença de complicações (diabetes, hipertensão, esteatose hepática associada à disfunção metabólica, apneia do sono, osteoartrose), o fenótipo cardiometabólico e a história ponderal (ganho progressivo, ciclos de perda/ganho, resposta prévia a intervenções) são determinantes do risco e da escolha terapêutica (BRASIL, 2022; SARAIVA *et al.*, 2025).

A síndrome metabólica pode ser definida por critérios harmonizados (**Quadro 1.1**) (ALBERTI *et al.*, 2009), nos quais a presença de **três de cinco** componentes caracteriza o diagnóstico: circunferência da cintura aumentada (pontos de corte por população), triglicerídeos elevados (ou tratamento específico), HDL baixo (ou tratamento), pressão arterial elevada (ou tratamento), e glicemia de jejum elevada (ou

diagnóstico/tratamento de hiperglicemia). Para a APS, essa definição é útil por permitir aplicação pragmática e por reforçar a abordagem integrada de risco. A definição IDF (ALBERTI *et al.*, 2006) também é comum, enfatizando obesidade central com pontos de corte étnicos, mas, na prática clínica, o critério harmonizado de 2009 é frequentemente preferido por não exigir componente obrigatório e por facilitar comparações e decisões (ALBERTI *et al.*, 2009).

Quadro 1.1 Componentes da síndrome metabólica segundo definição harmonizada (aplicação clínica na APS) (ALBERTI *et al.*, 2009)

Circunferência da cintura elevada	(usar ponto de corte recomendado para a população/serviço; quando indisponível, utilizar ponto de corte consensual local e registrar).
Triglicerídeos	≥ 150 mg/dL ou em tratamento para hipertrigliceridemia.
HDL	< 40 mg/dL (homens) ou < 50 mg/dL (mulheres) ou em tratamento.
Pressão arterial	$\geq 130/85$ mmHg ou em tratamento anti-hipertensivo.
Glicemia de jejum	≥ 100 mg/dL ou diabetes previamente diagnosticado/tratado.

Estratificação de risco e avaliação inicial

A avaliação avançada na APS deve responder a três perguntas: (1) qual o risco cardiometabólico atual e futuro; (2) quais complicações já estão presentes; (3) qual o melhor “mix terapêutico” considerando eficácia, segurança, preferências, disponibilidade e sustentabilidade.

Uma anamnese dirigida inclui: início do ganho ponderal; história familiar; padrão alimentar e de sono; atividade física; uso de álcool; comorbidades e medicações obesogênicas; episódios de compulsão alimentar; sintomas sugestivos

vos de apneia (ronco, pausas respiratórias, sonolência); sintomas depressivos/ansiosos; histórico obstétrico (em mulheres) e fatores sociais (insegurança alimentar, trabalho, acesso a alimentos in natura). O exame físico deve registrar IMC, circunferência da cintura, pressão arterial em técnica adequada, sinais de resistência à insulina (acantose), avaliação osteoarticular e sinais de doença hepática avançada quando presentes (BRASIL, 2022; BRASIL, 2014).

A investigação laboratorial inicial, em geral, inclui: glicemia de jejum e/ou HbA1c conforme risco, perfil lipídico, função hepática

(ALT/AST), creatinina com eTFG, TSH quando clinicamente indicado e avaliação de albuminúria quando há diabetes/hipertensão ou alto risco cardiovascular, alinhando-se a diretrizes de comorbidades (ISSA *et al.*, 2020; RACHED *et al.*, 2025; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025). Em cenários selecionados, considerar avaliação de apneia, esteatose hepática associada à disfunção metabólica e encaminhamento conforme linha de cuidado.

A rotina mínima reproduzível para APS está organizada na **Tabela 1.1**.

Tabela 1.1 Componentes da avaliação e seguimento do adulto com obesidade e/ou síndrome metabólica na APS

Componente	Baseline	Seguimento sugerido	Observações práticas
IMC e peso	Sim	toda consulta/1–3 meses	monitorar tendência e “platôs”
Circunferência da cintura	Sim	3–6 meses	marcador de adiposidade central e resposta
Pressão arterial	Sim	toda consulta	considerar MAPA/MRPA quando necessário (ISSA <i>et al.</i> , 2020)
Glicemia/HbA1c	Sim	3–12 meses	conforme risco/diagnóstico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025)
Perfil lipídico	Sim	6–12 meses	metas por risco (RACHED <i>et al.</i> , 2025)
ALT/AST	Sim	6–12 meses	monitorar risco hepático/metabólico
Creatinina/eTFG	Sim	6–12 meses	especialmente se hipertensão arterial sistêmica (HAS)/DM/uso de fármacos
Avaliação de sono/ronco	Sim	conforme sintomas	triagem de apneia do sono
Saúde mental e compulsão	Sim	conforme necessidade	integrar rede de saúde mental
Plano terapêutico/adesão	Sim	toda consulta	metas graduais e monitoramento

Metas terapêuticas orientadas por complicações

No manejo contemporâneo, a perda ponderal é um meio para reduzir risco e melhorar função. Metas devem ser individualizadas e alinhadas à gravidade da doença e às complicações.

Em geral, perda de 5% já melhora parâmetros cardiometabólicos, mas muitos pacientes com complicações relevantes podem se beneficiar de perdas maiores, frequentemente demandando farmacoterapia e/ou encaminhamento para avaliação de cirurgia metabólica/bariátrica (ABESO, 2026; SARAIVA *et al.*, 2025). Além

do peso, metas incluem controle pressórico, melhora do perfil lipídico, prevenção/progressão do diabetes e redução de risco cardiovascular global (**Figura 1.2**) (ISSA *et al.*, 2020; RACHED *et al.*, 2025; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025).

Figura 1.2 Abordagem multidimensional do paciente com obesidade na atenção primária à saúde



Legenda: Componentes do manejo integral da obesidade na APS, incluindo alimentação, atividade física, farmacoterapia, saúde mental, sono e determinantes sociais.

Fonte: Elaboração própria, baseada em BRASIL (2014); BRASIL (2022); ABESO (2026).

Intervenções não farmacológicas estruturadas

A base do tratamento na APS é a mudança de estilo de vida apoiada por equipe multiprofissional e por intervenções estruturadas e realistas. Documentos do Ministério da Saúde para APS enfatizam abordagem integral, educação alimentar e nutricional, promoção de atividade física, apoio ao autocuidado e enfrentamento de estigma, com foco em continuidade e organização do processo de trabalho (BRASIL, 2014; BRASIL, 2022).

Elementos avançados que aumentam efetividade:

1. **Plano alimentar por padrão**, não por “lista de proibições”: priorizar alimentos in natura/minimamente processados, fibra e proteína adequadas; ajustar densidade energética; reduzir ultraprocessados e bebidas açucaradas; negociar mudanças graduais, compatíveis com orçamento e rotina (BRASIL, 2014).

2. **Treino de habilidades**: planejamento de refeições, leitura de rótulos, organização doméstica, estratégias para situações de risco (plantões, viagens, estresse).

3. **Atividade física como terapia**, não apenas “queima calórica”: combinar aeróbico e resistência; metas progressivas; foco em capacidade funcional e manutenção de peso perdido.

4. **Sono e ritmo circadiano**: tratar insônia, higiene do sono, avaliar apneia quando indicado.

5. **Psicoterapia e manejo de comportamento alimentar**: compulsão alimentar, comer emocional, TDAH, ansiedade e depressão devem ser reconhecidas e tratadas, pois são determinantes de recidiva.

As ações práticas para implementação são descritas no **Quadro 1.2**.

Quadro 1.2 Intervenção comportamental estruturada (12 semanas) para APS (BRASIL, 2014; BRASIL, 2022)

● Avaliação inicial + meta pactuada (peso e meta funcional/biomarcadores).
● Sessões semanais ou quinzenais (individuais ou grupo): alimentação, atividade física, sono, autocuidado, manejo de recaídas.
● Monitoramento: diário alimentar simplificado ou foto-refeição; passos/duração de atividade; peso semanal.
● Revisão de barreiras: insegurança alimentar, tempo, acesso, saúde mental.
● Reavaliação ao final: decidir intensificação (farmacoterapia/encaminhamento) conforme resposta.

Farmacoterapia da obesidade na APS: indicação, escolha e monitoramento

A farmacoterapia antiobesidade deve ser compreendida como parte do tratamento crônico, especialmente para manutenção de perda ponderal e redução de recidiva, com reavaliações periódicas de eficácia, segurança e adesão (ABESO, 2026). No SUS, o PCDT orienta o manejo e critérios de uso no contexto da rede, com atenção à seleção de pacientes e ao acompanhamento longitudinal (BRASIL, 2022).

De forma geral, indica-se considerar farmacoterapia quando:

- IMC ≥ 30 kg/m²; ou
- IMC ≥ 27 kg/m² com comorbidades relacionadas ao excesso de adiposidade, após tentativa estruturada de mudança de estilo de vida

e/ou quando o risco/complicações justificam intensificação (ABESO, 2026; BRASIL, 2022).

O especialista na APS deve priorizar: (1) escolha guiada por comorbidades (diabetes, risco cardiovascular, compulsão, hipertensão, esteatose hepática), (2) contraindicações e interações, (3) preferências do paciente, (4) disponibilidade/custo e (5) plano de seguimento com meta mínima de resposta (por exemplo, perda percentual em tempo definido) e critérios claros de troca/suspensão se ineficaz (ABESO, 2026).

A síntese comparativa para tomada de decisão está na **Tabela 1.2**.

Observação: a lista de fármacos disponíveis e recomendados deve seguir o contexto regulatório e o protocolo local; o raciocínio de escolha e monitoramento permanece aplicável, mesmo quando o acesso é limitado (BRASIL, 2022; ABESO, 2026).

Tabela 1.2 Matriz de escolha terapêutica (exemplo operacional)

Situação clínica	Preferências terapêuticas (exemplos)	Pontos de atenção
Obesidade + alto risco CV/DM2	priorizar fármacos com evidência cardiometabólica e maior perda ponderal	monitorar tolerância GI, adesão e custo
Compulsão alimentar/alto comer emocional	integrar psicoterapia; considerar fármacos que ajudem controle de apetite conforme diretriz	avaliar saúde mental e risco de uso inadequado
HAS não controlada	evitar opções que elevem PA/FC; otimizar anti-hipertensivos	metas e MRPA/MAPA quando necessário (ISSA <i>et al.</i> , 2020)
Esteatose associada à disfunção metabólica	priorizar redução ponderal sustentada; tratar DM/dislipidemia	monitorar transaminases e risco hepático
Pós-perda ponderal com reganho	farmacoterapia para manutenção + intensificar suporte	tratar causas de recidiva (sono, estresse, ambiente)

Fonte: (ABESO, 2026; SARAIVA *et al.*, 2025; BRASIL, 2022)

Manejo da síndrome metabólica: tratar o conjunto, sem perder os detalhes

A SM não tem “um único remédio”. O tratamento efetivo combina redução de adiposidade central, controle pressórico, tratamento da dislipidemia e manejo da hiperglicemia, além de cessação tabágica, atividade física e sono. A vantagem clínica do diagnóstico é ativar um cuidado coordenado e intensivo de risco cardiometabólico.

Pressão arterial

Na presença de SM, hipertensão é frequente e deve ser tratada com metas e escolhas farmacológicas baseadas em diretrizes, considerando risco cardiovascular e comorbidades (ISSA *et al.*, 2020). A APS deve assegurar técnica correta de medida, incentivar MRPA quando indicado e evitar “inércia terapêutica”.

Dislipidemia

A dislipidemia típica na SM inclui hipertrigliceridemia e HDL baixo, frequentemente com LDL “aparentemente normal”, porém com partículas aterogênicas. A diretriz brasileira recente de dislipidemias fornece estratificação e recomendações terapêuticas para redução de risco de aterosclerose e deve ser integrada ao plano do paciente com SM (RACHED *et al.*, 2025).

Glicemia e prevenção de DM2

A presença de SM sinaliza alto risco de progressão para DM2. Estratégias intensivas de estilo de vida, perda ponderal sustentada e tratamento oportuno da pré-diabetes/DM2 conforme diretrizes ajudam a reduzir progressão e eventos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025; BRASIL, 2022).

Organização do cuidado na APS e coordenação em rede

A APS deve atuar como coordenadora do cuidado: definir plano longitudinal, pactuar metas, monitorar adesão, ajustar terapias e garantir encaminhamentos oportunos. Documentos de linha de cuidado e estratégias de atenção à obesidade destacam a necessidade de processo de trabalho estruturado e abordagem interprofissional, além de enfrentamento do estigma e cuidado humanizado (BRASIL, 2014; BRASIL, 2022).

Passos do Fluxo decisório

1. Identificar obesidade (IMC) + medir cintura + PA + história de complicações.

2. Solicitar exames básicos (glicemia/Hb-A1c, lipídios, função hepática/renal) e classificar SM (ALBERTI *et al.*, 2009).

3. Estratificar risco: presença de DM2, HAS, dislipidemia, doença cardiovascular estabelecida, apneia, esteatose hepática, saúde mental.

4. Iniciar intervenção comportamental estruturada + metas de 3 meses (BRASIL, 2014; BRASIL, 2022).

5. Reavaliar resposta:

- resposta adequada → manter, reforçar e planejar manutenção;
- resposta insuficiente ou complicações relevantes → intensificar com farmacoterapia antiobesidade conforme diretriz/protocolo e tratar comorbidades (BRASIL, 2022; ABESO, 2026).

6. Critérios de encaminhamento: suspeita de apneia grave, esteatose avançada, refratariedade clínica, necessidade de avaliação para cirurgia metabólica/bariátrica, sofrimento mental grave, ou risco cardiovascular muito alto (**Figura 1.3**) (BRASIL, 2022; SARAIVA *et al.*, 2025).

Monitoramento, manutenção e manejo de recidiva

A recidiva ponderal é esperada na história natural da obesidade e não deve ser interpretada como “falha moral”. Ela reflete adaptações neuroendócrinas, ambiente obesogênico, barreiras sociais e fragilidades do suporte terapêutico. Diretrizes recentes reforçam a importância do acompanhamento prolongado e da farmacoterapia para manutenção de perda ponderal quando indicada, com reavaliação periódica de benefício e segurança (ABESO, 2026).

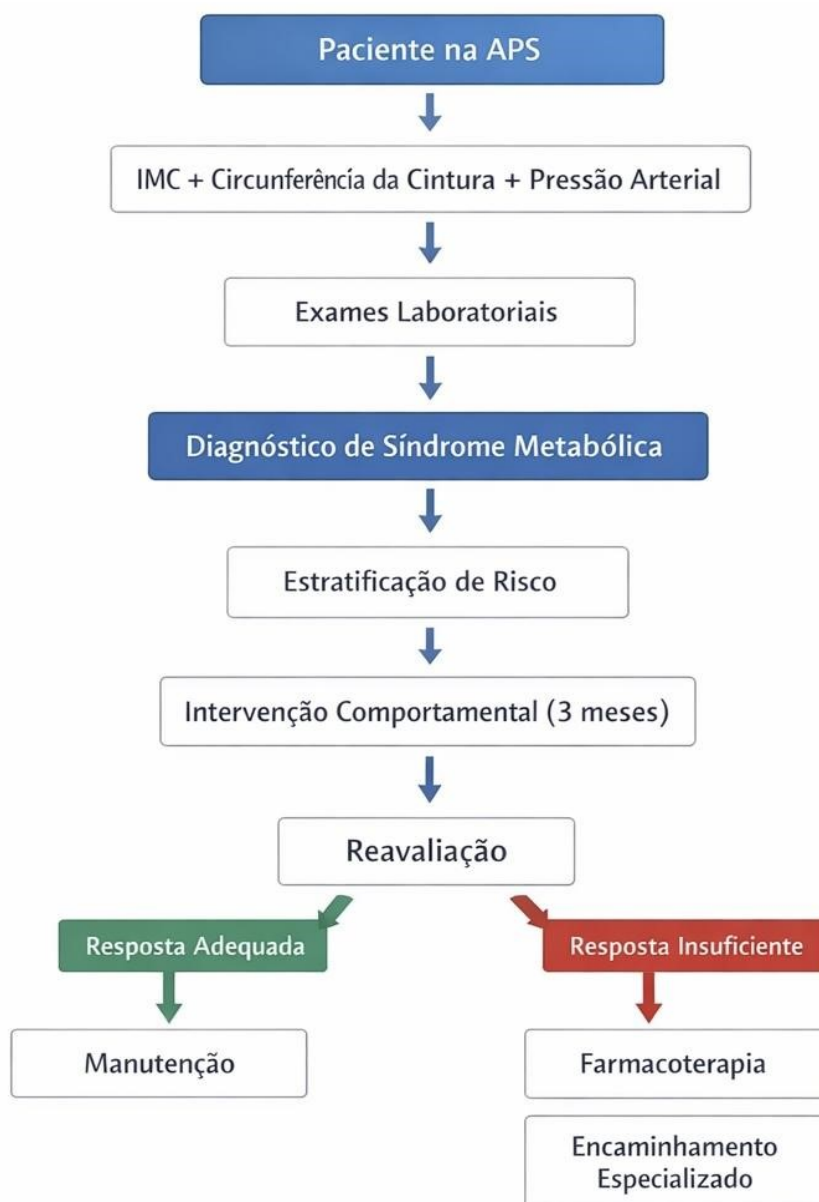
Na APS, recomenda-se:

- consultas mais frequentes nos primeiros 3–6 meses;

- monitoramento de medidas, exames e adesão (ver **Tabela 1.1**);
- revisão sistemática de gatilhos de recidiva (sono, estresse, trabalho, insegurança alimentar, álcool);

- ajuste de metas para desfechos funcionais (dor, mobilidade, sono, marcadores metabólicos);
- plano explícito de “prevenção de recaída” com estratégias acordadas.

Figura 1.3 Fluxo de manejo integrado da obesidade e síndrome metabólica na APS



Legenda: Algoritmo simplificado de avaliação, estratificação de risco e tomada de decisão terapêutica no cuidado de pacientes com obesidade e síndrome metabólica na atenção primária. **Fonte:** BRASIL (2022); ABESO (2026); SARAIVA *et al.* (2025).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO. Diretriz Brasileira de Tratamento Farmacológico da Obesidade. 2026. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2025/12/Diretriz-Brasileira-de-Tratamento-Farmacologico-da-Obesidade-ABESO-2026.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

ALBERTI, K.G.M.M. *et al.* Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*, v. 120, p. 1640-1645, 2009.

ALBERTI, K.G.M.M. *et al.* Metabolic syndrome—a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabetic Medicine*, v. 23, n. 5, p. 469-480, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para sobrepeso e obesidade em adultos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 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: 23 fev. 2026.

ISSA, A.F.C. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2020. Disponível em: <https://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

RACHED, F.H. *et al.* Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 122, n. 9, p.e20250640, 2025.

SARAIVA, J.F.K. *et al.* Diretriz Brasileira Baseada em Evidências de 2025 para o Manejo da Obesidade e Prevenção de Doenças Cardiovasculares e Complicações Associadas à Obesidade. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 122, p. 9, 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – edição 2025. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 23 fev. 2026.