Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.31807

CUIDADO MULTIPROFISSIONAL À PESSOA COM OBESIDADE: ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA

MULTIPROFESSIONAL CARE FOR PEOPLE WITH OBESITY: STRATEGIES FOR HEALTH PROMOTION AND QUALITY OF LIFE IMPROVEMENT

ATENCIÓN MULTIPROFESIONAL A LA PERSONA CON OBESIDAD: ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Tiago Halyson de Oliveira Gomes[1]
Marialdo Dias Barroso Mendonça[2]
Ilana Borges de Carvalho[3]
Ana Virgínia Sousa de Oliveira[4]
Neidja Cristine Silvestre Leitão[5]
Edivaldo Bazilio dos Santos[6]
Andriele Fontenele Rodrigues Machado[7]
Fernanda Lucia de Campos[8]
Juliane Monteiro Custódio Duarte[9]
Marcella dias Teixeira[10]
Nayane Regina Silva Araújo[11]
Lucas Antônio de Moraes Silva[12]

RESUMO: Objetivo: sintetizar as evidências científicas sobre o cuidado multiprofissional à pessoa com obesidade, com foco nas estratégias de promoção da saúde, nos efeitos sobre a qualidade de vida e os desfechos clínicos e nos desafios de organização desse cuidado nos sistemas de saúde. Método: revisão integrativa conduzida segundo o referencial de Whittemore e Knafl e relatada conforme o PRISMA 2020, com buscas no PubMed/MEDLINE, na Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS e BDENF) e na SciELO, abrangendo publicações de 2020 a 2026. A qualidade metodológica foi avaliada com ferramentas específicas para cada delineamento, e o nível de evidência, pela hierarquia de Melnyk e Fineout-Overholt. Resultados: foram incluídos 20 estudos: cinco ensaios clínicos randomizados, uma revisão sistemática com metanálise, três revisões sistemáticas de estudos diversos, dois estudos observacionais analíticos, oito estudos descritivos ou qualitativos e uma revisão narrativa. Intervenções conduzidas por equipes, na atenção primária ou em serviços especializados, produziram perdas de peso clinicamente relevantes, sustentadas por até 24 meses, melhora de marcadores metabólicos e, quando avaliada, da qualidade de vida; a associação com agonistas do receptor de GLP-1 potencializou esses efeitos. Os estudos brasileiros, todos descritivos ou qualitativos, evidenciaram estrutura insuficiente, fragmentação do cuidado, rotatividade profissional, centralidade do peso como objeto de trabalho e estigma. Conclusão: o cuidado multiprofissional é eficaz quando organizado de forma longitudinal, coordenada

[1] Graduando em Medicina. Universidade nove de julho.
[2] Mestrado em Gestão em Saúde. UECE.
[3] Graduanda em Farmácia. Universidade Federal do Amazonas UFAM.
[4] Graduanda em Administração. Faculdade Grande Fortaleza - UNIGRANDE.
[5] Graduanda Medicina. Anhembi Morumbi.
[6] Mestrando Internacional em Gestão em Saúde. Lean Healthcare.
[7] Graduada em Nutrição. Universidade Federal do Piauí-UFPI.
[8] Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva. UNICAMP.
[9] Pós-graduação em UTI Neonatal e Pediátrica.
[10] Graduada em Medicina. UNINASSAU.
[11] Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador UFU. Universidade Federal de Uberlândia.
[12] Pós-graduação em Urgência e Emergência. Faculdade Anhanguera.

e centrada na pessoa, mas sua implementação no Sistema Único de Saúde depende de financiamento estável, educação permanente, enfrentamento do estigma do peso e produção de evidências de intervenção no contexto nacional.

Palavras-chave: Obesidade. Equipe de assistência ao paciente. Relações interprofissionais. Promoção da saúde. Qualidade de vida. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT: Objective: to synthesize the scientific evidence on multiprofessional care for people with obesity, focusing on health promotion strategies, effects on quality of life and clinical outcomes, and the challenges of organizing this care in health systems. Method: integrative review conducted according to Whittemore and Knafl and reported following PRISMA 2020, with searches in PubMed/MEDLINE, the Virtual Health Library (LILACS and BDENF) and SciELO, covering publications from 2020 to 2026. Methodological quality was appraised with design-specific tools, and level of evidence with the Melnyk and Fineout-Overholt hierarchy. Results: twenty studies were included: five randomized controlled trials, one systematic review with meta-analysis, three systematic reviews of mixed designs, two analytical observational studies, eight descriptive or qualitative studies and one narrative review. Team-delivered interventions, in primary care or specialized services, produced clinically relevant weight loss sustained for up to 24 months, improvement in metabolic markers and, when assessed, in quality of life; combination with GLP-1 receptor agonists enhanced these effects. Brazilian studies, all descriptive or qualitative, showed insufficient structure, fragmented care, staff turnover, body weight as the central object of care and weight stigma. Conclusion: multiprofessional care is effective when organized in a longitudinal, coordinated and person-centered way, but its implementation in the Brazilian Unified Health System depends on stable funding, continuing education, addressing weight stigma and generating intervention evidence in the national context.

Keywords: Obesity. Patient care team. Interprofessional relations. Health promotion. Quality of life. Primary health care.

RESUMEN: Objetivo: sintetizar la evidencia científica sobre la atención multiprofesional a la persona con obesidad, con énfasis en las estrategias de promoción de la salud, en los efectos sobre la calidad de vida y los desenlaces clínicos, y en los desafíos de la organización de esta atención en los sistemas de salud. Método: revisión integradora conducida según el referencial de Whittemore y Knafl y reportada conforme a PRISMA 2020, con búsquedas en PubMed/MEDLINE, en la Biblioteca Virtual en Salud (LILACS y BDENF) y en SciELO, que abarcaron publicaciones de 2020 a 2026. La calidad metodológica se evaluó con herramientas específicas para cada diseño, y el nivel de evidencia, con la jerarquía de Melnyk y Fineout-Overholt. Resultados: se incluyeron 20 estudios: cinco ensayos clínicos aleatorizados, una revisión sistemática con metaanálisis, tres revisiones sistemáticas de estudios con diseños diversos, dos estudios observacionales analíticos, ocho estudios descriptivos o cualitativos y una revisión narrativa. Las intervenciones conducidas por equipos, en la atención primaria o en servicios especializados, produjeron pérdidas de peso clínicamente relevantes, sostenidas hasta por 24 meses, y mejoraron los marcadores metabólicos y, cuando se evaluó, la calidad de vida. La asociación con agonistas del receptor de GLP-1 potenció estos efectos. Los estudios brasileños, todos descriptivos o cualitativos, evidenciaron estructura insuficiente, fragmentación de la atención, rotación de profesionales, centralidad del peso como objeto de trabajo y estigma. Conclusión: la atención multiprofesional es eficaz cuando se organiza de forma longitudinal, coordinada y centrada en la persona. Su implementación en el Sistema Único de Salud depende de financiamiento estable, educación permanente, enfrentamiento del estigma asociado al peso y producción de evidencia de intervención en el contexto nacional.

Palabras clave: Obesidad. Grupo de atención al paciente. Relaciones interprofesionales. Promoción de la salud. Calidad de vida. Atención primaria de salud.

1 INTRODUÇÃO

Em 2022, cerca de uma em cada oito pessoas no mundo vivia com obesidade. Naquele ano, 2,5 bilhões de adultos apresentavam excesso de peso, dos quais 890 milhões viviam com obesidade, o equivalente a 16% da população adulta mundial (World Health Organization, 2025a). No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde, com medidas aferidas de peso e altura, mostrou aumento da prevalência de obesidade de 20,8% em 2013 para 25,9% em 2019 (Ferreira; Szwarcwald; Souza Júnior, 2021). Nas capitais, o Vigitel registrou elevação da frequência de obesidade em adultos de 11,8% em 2006 para 25,7% em 2024, enquanto o excesso de peso alcançou 62,6% da população adulta (Brasil, 2025). Essa trajetória persiste a despeito das metas nacionais de contenção da obesidade estabelecidas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis 2021-2030 (Brasil, 2021a).

A compreensão da obesidade como doença crônica, recidivante e de determinação múltipla está consolidada na literatura e nos documentos técnicos internacionais (Dâmaso *et al.*, 2026; World Health Organization, 2025b). O debate recente deslocou-se, contudo, para a questão diagnóstica. A Comissão do *The Lancet Diabetes & Endocrinology* propôs distinguir a obesidade pré-clínica, caracterizada por excesso de adiposidade com função orgânica preservada e risco aumentado de adoecimento, da obesidade clínica, definida como doença sistêmica crônica causada diretamente pelo excesso de adiposidade e diagnosticada por sinais de disfunção de órgãos ou limitação das atividades cotidianas, recomendando que o índice de massa corporal (IMC) deixe de ser o critério diagnóstico isolado (Rubino *et al.*, 2025). A proposta tem consequências diretas para a organização do cuidado: exige avaliação clínica ampliada, estratificação do risco e definição de prioridades terapêuticas, tarefas que ultrapassam a competência de uma única categoria profissional.

A obesidade não se explica, porém, apenas no plano individual. Os ambientes obesogênicos, marcados pela ampla disponibilidade de produtos ultraprocessados, pela publicidade e pela redução das oportunidades de deslocamento ativo, são moldados pelos determinantes comerciais da saúde, isto é, pelos sistemas, práticas e trajetórias por meio dos quais atores comerciais, sobretudo grandes corporações transnacionais, influenciam a saúde e a equidade (Gilmore *et al.*, 2023). O Guia Alimentar para a População Brasileira traduziu essa perspectiva em recomendações centradas na comida de verdade e na redução do consumo de ultraprocessados (Brasil, 2014), e o Guia de Atividade Física para a População Brasileira trouxe

recomendações sobre quantidade, intensidade e tipos de atividade física e sobre um estilo de vida ativo (Brasil, 2021c).

As repercussões da obesidade sobre a saúde incluem diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, esteatose hepática, apneia obstrutiva do sono e repercussões psicossociais (Dâmaso *et al.*, 2026). Somam-se a elas os efeitos do estigma do peso, que o consenso internacional para o fim do estigma da obesidade reconhece como fonte de discriminação, inclusive nos serviços de saúde, com prejuízo do vínculo, da procura por cuidado e da adesão ao tratamento (Rubino *et al.*, 2020). Por essa razão, o presente estudo adota a linguagem centrada na pessoa, que nomeia a pessoa antes da condição ("pessoa com obesidade") e evita termos que reduzem o indivíduo ao seu peso.

Neste estudo, cuidado multiprofissional designa a atenção prestada por profissionais de duas ou mais categorias a uma mesma pessoa, com plano de cuidado compartilhado ou coordenado. A interprofissionalidade refere-se à interação entre essas categorias, em que os saberes se articulam em torno das necessidades da pessoa e não se limitam à justaposição de atendimentos. A prática colaborativa, por sua vez, é a expressão concreta dessa interação no cotidiano dos serviços, com corresponsabilização, comunicação regular e decisões compartilhadas. A distinção é relevante porque grande parte da literatura denomina multiprofissionais intervenções que, na prática, são conduzidas por uma única categoria.

No Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado à pessoa com obesidade organiza-se pela Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, no âmbito da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, que atribui à atenção primária à saúde (APS) a coordenação do cuidado e a articulação com a atenção especializada e hospitalar (Brasil, 2021b). O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Sobrepeso e Obesidade em Adultos, aprovado em 2020, estrutura o tratamento a partir de medidas não farmacológicas, com atuação conjunta dos diferentes níveis de atenção do SUS (Brasil, 2020). No plano internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou em 2022 um plano de aceleração para deter a obesidade, cuja implementação nas Américas vem sendo apoiada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) com ênfase em medidas regulatórias e fiscais e no fortalecimento da APS (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023; 2025).

O arsenal terapêutico ampliou-se de forma expressiva desde 2021. Ao lado da mudança do estilo de vida, das intervenções comportamentais e da cirurgia bariátrica e metabólica, os agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (GLP-1) e os agonistas duais

produziram perdas de peso antes restritas à cirurgia (Wadden *et al.*, 2021; 2023). Em 2025, a OMS publicou sua primeira diretriz sobre essas terapias, com recomendação condicional para o uso prolongado em adultos e para a oferta concomitante de terapia comportamental intensiva, ressalvando a escassez de dados de longo prazo, o custo, o despreparo dos sistemas de saúde e as implicações para a equidade (World Health Organization, 2025b). A própria diretriz reconhece que o medicamento isolado não responde ao problema, o que reforça a centralidade do cuidado multiprofissional.

A dimensão psicológica e comportamental atravessa todas essas abordagens. Fatores emocionais, padrões alimentares e experiências de estigma condicionam a adesão e a manutenção dos resultados, e as intervenções multiprofissionais têm mostrado efeitos sobre desfechos psicossociais, cognição e sono, além dos marcadores metabólicos (Dâmaso *et al.*, 2026). Nesse arranjo, a enfermagem ocupa posição estratégica na coordenação do cuidado, no acompanhamento longitudinal e na educação em saúde, papel que ensaios recentes têm explorado em modelos liderados por enfermeiros (Murfet *et al.*, 2025; Virtanen *et al.*, 2021).

Embora existam revisões sobre a efetividade de intervenções comportamentais na APS (Madigan *et al.*, 2022) e sobre as percepções de profissionais acerca do manejo da obesidade (Jeffers *et al.*, 2024), não se identificou síntese que articulasse, em um mesmo corpo de análise, a efetividade clínica do cuidado multiprofissional, seus efeitos sobre a qualidade de vida e os desafios organizacionais de sua implementação, sobretudo no contexto do SUS. Essa lacuna é agravada pela profusão de estudos que avaliam intervenções isoladas de dieta ou exercício e pela rápida mudança do cenário farmacológico. Diante disso, este estudo teve como objetivo sintetizar as evidências científicas sobre o cuidado multiprofissional à pessoa com obesidade, destacando as estratégias de promoção da saúde, os efeitos sobre a qualidade de vida e os desfechos clínicos e os desafios de organização desse cuidado nos sistemas de saúde.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de revisão integrativa da literatura conduzida segundo o referencial de Whittemore e Knafl (2005), em cinco etapas: identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação dos resultados. O relato seguiu as recomendações do PRISMA 2020 (Page *et al.*, 2021), com as adaptações próprias de revisões que integram delineamentos experimentais, observacionais e qualitativos. A escolha da revisão

integrativa justifica-se pela natureza do objeto: o cuidado multiprofissional envolve desfechos clínicos, mensuráveis por ensaios controlados, e dimensões organizacionais e relacionais, acessíveis apenas por estudos descritivos e qualitativos. [Registro do protocolo: informar, se houver.]

2.2 Pergunta norteadora

A pergunta foi estruturada pela estratégia PICo. A população (P) compreendeu adultos com obesidade, profissionais de saúde e equipes multiprofissionais; o interesse (I), as estratégias de cuidado multiprofissional e interprofissional voltadas à promoção da saúde e à qualidade de vida; e o contexto (Co), os sistemas e redes de atenção à saúde, com ênfase na APS, nos serviços especializados e no SUS. Formulou-se a pergunta: quais evidências científicas demonstram como o cuidado multiprofissional à pessoa com obesidade contribui para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida, e quais são os desafios e as perspectivas para os sistemas de saúde?

2.3 Fontes de informação e estratégias de busca

As buscas foram realizadas em [data da busca] no PubMed/MEDLINE, na Biblioteca Virtual em Saúde, com as bases LILACS e BDENF, e na SciELO, com recorte temporal de janeiro de 2020 a [mês/ano da busca]. Os descritores foram selecionados nos vocabulários MeSH e DeCS e combinados com termos livres, com o operador OR entre sinônimos e AND entre os componentes da PICo. Aplicaram-se filtros de idioma (português, inglês e espanhol) e, no PubMed, de faixa etária adulta. As estratégias completas constam do Quadro 1. Como a LILACS integra a BVS, as duas foram tratadas como uma única fonte. A restrição a bases de acesso aberto é reconhecida como limitação.

2.4 Critérios de elegibilidade

Considerou-se cuidado multiprofissional a intervenção ou o modelo assistencial conduzido por pelo menos duas categorias profissionais, com plano de cuidado compartilhado ou coordenado. Foram incluídos estudos primários, revisões sistemáticas e revisões narrativas publicados em periódicos indexados, com adultos com obesidade ou com profissionais e equipes envolvidos no seu cuidado, que abordassem intervenções, modelos ou a organização do cuidado multiprofissional. Foram excluídos estudos com crianças, adolescentes ou gestantes;

intervenções conduzidas por uma única categoria profissional; intervenções digitais autoaplicadas, sem interação com a equipe; ensaios farmacológicos ou cirúrgicos sem componente multiprofissional estruturado; protocolos sem resultados, editoriais e resumos de eventos; e publicações em periódicos sem indexação nas bases consultadas.

2.5 Seleção dos estudos

Após a remoção de duplicatas, os registros foram triados por título e resumo e, em seguida, pela leitura do texto completo, com registro dos motivos de exclusão. [Descrever os revisores: se houve segundo revisor independente, informar a forma de resolução das divergências; se não, declarar a triagem por revisor único com verificação posterior.] O processo está representado na Figura 1.

2.6 Extração dos dados

Os dados foram extraídos com instrumento padronizado, com os campos autoria, ano, país, periódico, objetivo, delineamento, amostra e contexto, composição da equipe, características da intervenção ou do modelo de cuidado, desfechos e instrumentos de mensuração, inclusive os de qualidade de vida, principais resultados e nível de evidência.

2.7 Avaliação da qualidade metodológica e do risco de viés

Os ensaios clínicos randomizados foram avaliados com a ferramenta RoB 2 (Sterne *et al.*, 2019). Os estudos de coorte, caso-controle, transversais, qualitativos e as revisões sistemáticas foram avaliados com as listas de verificação do Joanna Briggs Institute correspondentes a cada delineamento (Aromataris; Munn, 2020). A revisão narrativa foi incluída sem avaliação formal, e seu peso na síntese foi ponderado por isso. A qualidade não foi critério de exclusão, mas orientou a interpretação dos achados.

2.8 Nível de evidência

Os estudos foram classificados segundo a hierarquia de Melnyk e Fineout-Overholt (2023): nível I, revisões sistemáticas ou metanálises de ensaios clínicos randomizados; II, ensaios clínicos randomizados; III, ensaios sem randomização; IV, estudos de coorte e caso-controle; V, revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; VI, estudos descritivos ou qualitativos isolados; e VII, opinião de especialistas e revisões narrativas.

2.9 Análise e síntese

A análise seguiu as etapas de redução dos dados, exposição em matrizes, comparação, extração de conclusões e verificação (Whittemore; Knafl, 2005). Os achados foram agrupados por similaridade temática em seis eixos, que estruturam a Discussão. A heterogeneidade de delineamentos e desfechos impediu a metanálise, e a síntese foi qualitativa e comparativa.

2.10 Aspectos éticos

Por utilizar exclusivamente dados de domínio público, o estudo dispensou apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Quadro 1 – Estratégias de busca por fonte de informação

Fonte	Estratégia de busca
PubMed/MEDLINE	(("Obesity"[Mesh] OR "Obesity Management"[Mesh] OR obes*[tiab]) AND ("Patient Care Team"[Mesh] OR "Interprofessional Relations"[Mesh] OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh] OR "Weight Reduction Programs"[Mesh] OR multidisciplinar*[tiab] OR multiprofessional[tiab] OR interprofessional[tiab] OR interdisciplinar*[tiab] OR "collaborative care"[tiab] OR "team-based"[tiab]) AND ("Health Promotion"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh] OR "Life Style"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh] OR "quality of life"[tiab] OR "weight loss"[tiab] OR adherence[tiab])). Filtros: 2020–[ano]; Adult: 19+ years; inglês, português, espanhol.
BVS (LILACS, BDENF)	(mh:"Obesidade" OR obesidade OR obesity OR obesidad) AND (mh:"Equipe de Assistência ao Paciente" OR mh:"Relações Interprofissionais" OR mh:"Programas de Redução de Peso" OR multiprofissional OR interprofissional OR interdisciplinar OR multidisciplinar OR multiprofesional OR interprofesional) AND (mh:"Promoção da Saúde" OR mh:"Qualidade de Vida" OR mh:"Estilo de Vida" OR mh:"Atenção Primária à Saúde" OR "qualidade de vida" OR "calidad de vida"). Filtros: LILACS e BDENF; 2020–[ano].
SciELO	(obesidade OR obesity OR obesidad) AND (multiprofissional OR interprofissional OR interdisciplinar OR multidisciplinar OR multiprofessional OR interprofessional OR multiprofesional OR interprofesional). Filtro: 2020–[ano].

Fonte: elaborado pelos autores.

3 RESULTADOS

O processo de identificação, triagem e inclusão está apresentado na Figura 1. Foram incluídos 20 estudos publicados entre 2020 e 2026 (Quadro 2). Sete foram conduzidos no Brasil, cinco nos Estados Unidos, quatro no Reino Unido e um em cada um destes contextos: Países Baixos, Finlândia, Austrália e ensaio multinacional. Quanto ao delineamento, havia cinco ensaios clínicos randomizados (nível II), uma revisão sistemática com metanálise de ensaios clínicos (nível I), três revisões sistemáticas de estudos de delineamentos diversos (nível V), um estudo de coorte e um de caso-controle (nível IV), oito estudos descritivos ou qualitativos (nível VI) e uma revisão narrativa (nível VII).

Figura 1 – Fluxograma PRISMA 2020 do processo de seleção dos estudos (representação textual)

IDENTIFICAÇÃO

Registros identificados: PubMed/MEDLINE (n = [ ]); BVS – LILACS e BDENF (n = [ ]); SciELO (n = [ ]). Total (n = [ ]).

Registros removidos antes da triagem: duplicatas (n = [ ]).

TRIAGEM

Registros triados por título e resumo (n = [ ]) → excluídos (n = [ ]).

Relatos procurados para recuperação (n = [ ]) → não recuperados (n = [ ]).

Relatos avaliados quanto à elegibilidade pelo texto completo (n = [ ]) → excluídos (n = [ ]): população pediátrica ou de adolescentes (n = [ ]); intervenção conduzida por uma única categoria ou digital autoaplicada (n = [ ]); protocolo sem resultados (n = [ ]); periódico sem indexação nas bases (n = [ ]); autoria não confirmável (n = [ ]).

INCLUÍDOS

Estudos incluídos na revisão (n = 20).

Fonte: adaptado de Page et al. (2021).

Nota: Os valores entre colchetes dependem do registro das buscas.

Dois padrões merecem destaque. O primeiro é a dissociação entre o tipo de evidência e o contexto: todos os estudos brasileiros são descritivos, qualitativos ou de revisão, e tratam da organização do cuidado, enquanto as evidências de efetividade provêm de ensaios conduzidos em países de alta renda. Ensaios brasileiros de intervenção multiprofissional identificados na busca estavam publicados em periódicos sem indexação nas bases consultadas e foram excluídos. O segundo é a heterogeneidade do componente multiprofissional: nos ensaios farmacológicos, ele consistiu essencialmente em terapia comportamental conduzida por nutricionista sob supervisão médica (Wadden *et al.*, 2021; 2023), ao passo que no ensaio australiano envolveu enfermeira de prática avançada, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo (Murfet *et al.*, 2025). Nos dados extraídos, a qualidade de vida foi relatada como desfecho em apenas dois estudos primários (Orange *et al.*, 2020; Virtanen *et al.*, 2021) e sintetizada em uma revisão (Dâmaso *et al.*, 2026), o que limita a resposta à pergunta norteadora nessa dimensão.

A análise temática originou seis eixos: (1) obesidade como doença crônica e organização da linha de cuidado na Rede de Atenção à Saúde; (2) promoção da saúde, alimentação e atividade física; (3) abordagem comportamental, saúde mental e integração dos tratamentos

farmacológico e cirúrgico; (4) qualidade de vida e prática colaborativa; (5) estigma do peso, equidade e acesso no SUS; e (6) implementação, tecnologias e perspectivas.

Quadro 2 – Caracterização dos estudos incluídos (n = 20)

Autor (ano)	País	Objetivo	Delineamento	Amostra/contexto	Principais resultados	NE
Burlandy et al. (2020)	Brasil	Analisar os modelos assistenciais à pessoa com obesidade propostos e referidos por profissionais da atenção básica	Qualitativo, com análise documental	Profissionais e gestores da APS e das áreas técnicas de alimentação e nutrição dos 92 municípios do RJ	Desafios: adesão terapêutica, frustração e impotência profissional, atuação em equipe e despreparo diante da complexidade da obesidade	VI
Katzmarzyk et al. (2020)	EUA	Testar programa intensivo de estilo de vida na APS para população de baixa renda	ECR por cluster	18 clínicas de APS; 803 adultos (67% negros, 84% mulheres)	Variação de peso de −4,99% vs. −0,48% em 24 meses (diferença de −4,51 pontos percentuais), com coaches inseridos nas equipes de APS	II
Orange et al. (2020)	Reino Unido	Avaliar treino resistido domiciliar, com ou sem componente de alta velocidade, em adultos com obesidade grave	ECR	38 adultos com IMC ≥ 40 kg/m² atendidos em serviço especializado multiprofissional (Tier 3)	Perda de cerca de 3 kg em 6 meses e melhora de função, força e qualidade de vida nos dois grupos; sem grupo de cuidado usual	II
Wadden et al. (2021)	EUA	Comparar semaglutida 2,4 mg e placebo como adjuvantes da terapia comportamental intensiva	ECR fase 3a	611 adultos com sobrepeso com comorbidade ou obesidade, sem diabetes; 30 consultas com nutricionista em 68 semanas	Redução média de 16,0% do peso com semaglutida; eventos gastrointestinais em 82,8% vs. 63,2%	II
Lopes et al. (2021a)	Brasil	Descrever a adequação das UBS quanto a estrutura e processo de trabalho para o manejo da obesidade	Transversal (PMAQ 2013-2014)	24.055 UBS e 114.615 usuários	Estrutura adequada em 7,6% das UBS; acesso adequado relatado por 26,6% dos usuários; organização adequada em 27,8%	VI
Lopes et al. (2021b)	Brasil	Descrever os desafios do manejo da obesidade no SUS segundo os profissionais	Quantitativo exploratório	1.323 profissionais (cerca de 45% nutricionistas; 83,1% na APS)	Barreiras: demanda curativa, comorbidades, falta de materiais instrucionais, qualificação e apoio	VI
Virtanen et al. (2021)	Finlândia	Avaliar o efeito de aconselhamento breve sobre o manejo do peso e a qualidade de vida	Coorte com seguimento de 1 ano	625 servidoras municipais; aconselhamento por enfermeira e fisioterapeuta na saúde ocupacional	10,4% das mulheres com excesso de peso perderam ≥ 5% do peso; perda de peso associada a melhor qualidade de vida	IV
Jacobs et al. (2021)	EUA	Examinar a integração da terapia comportamental intensiva por nutricionista à APS	Caso-controle retrospectivo	2.097 mulheres beneficiárias do Medicare em clínica rural de medicina de família	Redução de peso (cerca de 3 libras), de IMC (0,5 ponto) e de HbA1c (0,1) no grupo tratado	IV
Nederveld et al. (2021)	EUA	Explorar a experiência de equipes de APS na oferta de cuidado à obesidade	Qualitativo	85 entrevistas com médicos, outros clínicos e nutricionistas	Cuidado reconhecido como essencial à APS; muitas práticas desistem diante das dificuldades; cuidado viável e gratificante quando implantado	VI
Madigan et al. (2022)	Reino Unido	Examinar a efetividade de intervenções comportamentais de manejo do peso na APS	RS com metanálise de ECR	27 ECR (n = 8.000) com seguimento de 12 meses	Intervenções efetivas para perda de peso; recomenda-se ≥ 12 contatos; profissionais não médicos obtiveram resultados semelhantes	I
Jesus et al. (2022)	Brasil	Analisar o processo de trabalho na ESF voltado às pessoas	Qualitativo (estudo de caso)	11 profissionais de ESF e Nasf de	Cuidado fragmentado, centrado no peso; metas de produtividade,	VI

Autor (ano)	País	Objetivo	Delineamento	Amostra/contexto	Principais resultados	NE
		com sobrepeso e obesidade		uma UBS de São Paulo	consultas curtas e rotatividade médica	
Belo et al. (2022)	Brasil	Analisar a organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na perspectiva de profissionais da APS	Descritivo (questionário com questões objetivas e discursivas)	Profissionais da APS de municípios do RJ indicados por gestores	Escassez de recursos, equipe insuficiente, mudança de gestão, rotatividade e indefinição de papéis profissionais	VI
Talumaa et al. (2022)	Reino Unido	Identificar estratégias de redução do viés de peso entre profissionais de saúde	RS com síntese narrativa	25 intervenções (3.554 participantes) com estudantes, residentes e profissionais	Cinco estratégias: educação, informação causal, evocação de empatia, abordagem inclusiva do peso e métodos mistos	V
Wadden et al. (2023)	Multinacional	Avaliar tirzepatida após intervenção intensiva no estilo de vida	ECR fase 3	806 adultos com obesidade ou sobrepeso com comorbidade, inscritos na fase inicial de estilo de vida	Perda de 6,9% na fase de estilo de vida e redução adicional de 18,4% com tirzepatida	II
De Jong; Jansen; Van Middelkoop (2023)	Países Baixos	Identificar barreiras e facilitadores, para os pacientes, de intervenções de estilo de vida na APS	RS	Estudos com crianças e adultos (extraídos apenas os dados de adultos)	Rede de apoio de pares, família e profissionais e intervenções individualizadas como facilitadores centrais	V
Holtrop et al. (2023)	EUA	Examinar como práticas de APS implementam serviços de manejo do peso	Qualitativo (classificação multidimensional de casos)	21 práticas de APS	Quatro modelos: atendimento em grupo, integração à rotina da APS, contratação de outro profissional e programa específico	VI
Jeffers et al. (2024)	Reino Unido	Sintetizar percepções e experiências de profissionais da APS sobre a obesidade e seu manejo	RS qualitativa	Estudos qualitativos com profissionais da APS	Estigma, desafios da relação terapêutica e necessidade de recursos e formação	V
Murfet et al. (2025)	Austrália	Avaliar cuidado interdisciplinar da obesidade em pessoas com diabetes tipo 2 em área rural	ECR	224 adultos com DM2 e IMC > 30 kg/m²; cuidado liderado por enfermeira de prática avançada, com nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo	Diferença de −5,9 kg em 12 meses e −9,0 kg em 24 meses vs. cuidado usual, com melhora do controle glicêmico	II
Magalhães et al. (2025)	Brasil	Analisar deslocamentos nos sentidos da obesidade para profissionais da atenção básica após iniciativa de educação na saúde	Qualitativo	37 profissionais da atenção básica da Bahia	Deslocamento do modelo biomédico para os modelos ecológico e sindêmico; reconhecimento da multifatorialidade e dos limites do IMC	VI
Dâmaso et al. (2026)	Brasil	Sintetizar mecanismos e efeitos da terapia multidisciplinar em adultos com obesidade	Revisão narrativa	Estudos clínicos com adultos na atenção primária e secundária	Redução de marcadores inflamatórios e de risco cardiometabólico e melhora de desfechos psicossociais; apoio ao tratamento farmacológico e cirúrgico	VII

Fonte: elaborado pelos autores.

Nota: NE: nível de evidência (Melnyk; Fineout-Overholt, 2023). APS: atenção primária à saúde; DM2: diabetes mellitus tipo 2; ECR: ensaio clínico randomizado; ESF: Estratégia Saúde da Família; IMC: índice de massa corporal; Nasf: Núcleo Ampliado de Saúde da Família; RS: revisão sistemática; UBS: unidade básica de saúde.

4 DISCUSSÃO

4.1 Obesidade como doença crônica e organização da linha de cuidado na Rede de Atenção à Saúde

A redefinição diagnóstica proposta pela Comissão sobre obesidade clínica (Rubino *et al.*, 2025) desloca o centro do cuidado do peso para a função, e esse deslocamento só se concretiza em serviços capazes de realizar avaliação ampliada e seguimento longitudinal. Os estudos brasileiros mostram que essa capacidade é escassa. No maior retrato nacional disponível, apenas 7,6% das unidades básicas tinham estrutura adequada para o manejo da obesidade e menos de um terço apresentava organização adequada do serviço (Lopes *et al.*, 2021a). Os dados, embora coletados em 2013 e 2014, são coerentes com achados posteriores: profissionais de todo o país apontaram a predominância da demanda curativa, a falta de materiais e de apoio institucional (Lopes *et al.*, 2021b), e profissionais e gestores do Rio de Janeiro relataram escassez de recursos, equipes incompletas, trocas de gestão e indefinição dos papéis profissionais (Burlandy *et al.*, 2020; Belo *et al.*, 2022).

A experiência internacional indica que a linha de cuidado depende menos de um desenho único do que de sua adequação ao contexto. Nos Estados Unidos, as práticas de APS que sustentaram o cuidado à obesidade adotaram quatro modelos distintos (atendimentos em grupo, integração à rotina, incorporação de outro profissional e programas específicos), e a maioria integrou o cuidado ao atendimento regular em vez de criar serviços paralelos (Holtrop *et al.*, 2023). Esse achado converge com o desenho da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, que atribui à APS a coordenação e à atenção especializada o suporte aos casos de maior complexidade (Brasil, 2021b), mas também evidencia que a norma não se converte em prática sem condições materiais de implementação. O Quadro 3 compara as recomendações da OMS, da OPAS e do Ministério da Saúde, e a Figura 2 sintetiza o fluxo do cuidado proposto a partir desta revisão.

Quadro 3 – Comparação das recomendações da OMS, da OPAS e do Ministério da Saúde para a prevenção e o manejo da obesidade

Dimensão	OMS	OPAS	Ministério da Saúde
Concepção da obesidade	Doença crônica e recidivante que requer cuidado de longo prazo (World Health Organization, 2025b)	Principal fator de risco para doenças não transmissíveis nas Américas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023)	Tratamento a partir de medidas não farmacológicas, com atuação conjunta dos níveis de atenção (Brasil, 2020)

Dimensão	OMS	OPAS	Ministério da Saúde
Prevenção e ambientes	Plano de aceleração para deter a obesidade, aprovado em 2022 (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023)	Rotulagem de advertência, restrição da publicidade e tributação de alimentos e bebidas não saudáveis (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023)	Guia Alimentar e Guia de Atividade Física; Plano de Dant 2021-2030 (Brasil, 2014; 2021a; 2021c)
Organização do cuidado	Terapias inseridas em modelo de cuidado crônico, em sistemas de saúde preparados (World Health Organization, 2025b)	Fortalecimento da APS como parte do apoio aos países (Organização Pan-Americana da Saúde, 2025)	Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, com coordenação pela APS (Brasil, 2021b)
Tratamento farmacológico	Recomendação condicional de agonistas do receptor de GLP-1 a longo prazo em adultos, com terapia comportamental intensiva (World Health Organization, 2025b)	Não identificado documento específico verificado	PCDT centrado em medidas não farmacológicas (Brasil, 2020)
Equidade	Alerta para custo e implicações sobre a equidade no acesso (World Health Organization, 2025b)	Medidas populacionais e intersetoriais (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023)	Plano de Dant orientado à redução de desigualdades (Brasil, 2021a)

Fonte: elaborado pelos autores com base nos documentos citados.

Figura 2 – Fluxo do cuidado multiprofissional à pessoa com obesidade na Rede de Atenção à Saúde (representação textual)

1. Identificação e rastreamento na APS: aferição de peso, altura e circunferência da cintura pela equipe de Saúde da Família, com apoio dos agentes comunitários de saúde e da vigilância alimentar e nutricional.

2. Avaliação ampliada e estratificação: avaliação clínica, funcional, psicossocial e alimentar, com distinção entre obesidade pré-clínica e clínica e identificação de vulnerabilidades sociais.

3. Plano de cuidado compartilhado: construído pela equipe de Saúde da Família e pela equipe multiprofissional (eMulti), com metas pactuadas com a pessoa, centradas em saúde, função e qualidade de vida.

4. Intervenções integradas: promoção da saúde no território, cuidado nutricional, atividade física, abordagem comportamental e de saúde mental, autocuidado apoiado e, quando indicado, tratamento farmacológico.

5. Atenção especializada e regulação: encaminhamento regulado dos casos de maior complexidade e candidatos à cirurgia bariátrica e metabólica, com contrarreferência para a APS.

6. Seguimento longitudinal: reavaliações periódicas, monitoramento de indicadores (Tabela 1) e revisão do plano, com a APS como coordenadora do cuidado em todas as etapas.

Eixos transversais: linguagem centrada na pessoa e enfrentamento do estigma; educação permanente; equidade no acesso.

Fonte: elaborado pelos autores com base em Brasil (2021b), Rubino et al. (2025) e nos estudos incluídos.

4.2 Promoção da saúde, alimentação e atividade física

Os ensaios de maior consistência metodológica mostram que intervenções de estilo de vida inseridas na APS produzem perdas de peso clinicamente relevantes. Em clínicas que atendiam população majoritariamente de baixa renda, um programa intensivo conduzido por coaches incorporados às equipes produziu diferença de 4,5 pontos percentuais no peso em relação ao cuidado usual após 24 meses (Katzmarzyk *et al.*, 2020). A metanálise de 27 ensaios realizados na APS confirmou a efetividade dessas intervenções em 12 meses, indicou que pelo menos 12 contatos são desejáveis e mostrou que profissionais não médicos obtêm resultados semelhantes aos dos médicos (Madigan *et al.*, 2022). Na mesma direção, a integração de terapia comportamental intensiva conduzida por nutricionista a uma clínica rural de medicina de família associou-se a reduções modestas de peso, IMC e hemoglobina glicada (Jacobs *et al.*, 2021).

A magnitude desses efeitos é moderada, e convém interpretá-la à luz dos determinantes comerciais e ambientais da obesidade (Gilmore *et al.*, 2023). Intervenções individuais ou grupais competem com ambientes que estimulam o consumo de ultraprocessados e o sedentarismo, de modo que a promoção da saúde não pode restringir-se à orientação clínica. O Guia Alimentar (Brasil, 2014) e o Guia de Atividade Física (Brasil, 2021c) oferecem às equipes referências que deslocam o foco da prescrição dietética restritiva para práticas alimentares e corporais culturalmente situadas. No campo da atividade física, o treino resistido domiciliar associado à caminhada, oferecido a pessoas com obesidade grave atendidas em serviço especializado multiprofissional, melhorou função, força e qualidade de vida, ainda que com perda de peso discreta (Orange *et al.*, 2020), o que reforça a importância de desfechos funcionais na avaliação do cuidado.

4.3 Abordagem comportamental, saúde mental e integração dos tratamentos farmacológico e cirúrgico

A transformação mais expressiva do período foi a incorporação dos agonistas do receptor de GLP-1 e dos agonistas duais. Associada à terapia comportamental intensiva com 30 consultas com nutricionista, a semaglutida 2,4 mg produziu redução média de 16,0% do peso em 68 semanas, com eventos gastrointestinais mais frequentes do que no grupo placebo (Wadden *et*

al., 2021). Em pessoas que já haviam perdido 6,9% do peso em uma fase intensiva de estilo de vida, a tirzepatida acrescentou redução de 18,4% (Wadden *et al.*, 2023). Esses resultados não autorizam, porém, a leitura de que o medicamento substitui a equipe. Nos dois ensaios, todos os participantes receberam acompanhamento comportamental estruturado, e a diretriz da OMS recomenda condicionalmente a oferta de terapia comportamental intensiva às pessoas em uso dessas terapias, ressalvando custos, lacunas sobre uso prolongado e descontinuação e a falta de preparo dos sistemas de saúde (World Health Organization, 2025b).

Essa ressalva tem peso particular no Brasil, onde o PCDT de 2020 estrutura o tratamento a partir de medidas não farmacológicas (Brasil, 2020). A incorporação desses medicamentos no SUS, se ocorrer, exigirá equipes capazes de selecionar indicações, monitorar efeitos adversos, apoiar a adesão e planejar a manutenção, sobretudo porque ainda são limitados os dados sobre uso prolongado e descontinuação (World Health Organization, 2025b). A dimensão psicológica permeia esse processo: a revisão narrativa sobre terapia multidisciplinar descreveu efeitos sobre desfechos psicossociais, cognitivos e de sono, além de papel de apoio ao tratamento farmacológico e à cirurgia bariátrica (Dâmaso *et al.*, 2026). Entre os estudos incluídos, contudo, nenhum avaliou especificamente intervenções psicológicas estruturadas ou o comportamento alimentar como desfecho principal, o que constitui lacuna relevante. O Quadro 4 sintetiza finalidade, benefícios e limitações de cada estratégia.

Quadro 4 – Síntese das estratégias de cuidado à pessoa com obesidade: finalidade, benefícios e limitações

Estratégia	Finalidade	Benefícios	Limitações
Promoção da saúde	Modificar ambientes e práticas coletivas que favorecem a obesidade	Alcance populacional; atua sobre determinantes comerciais e ambientais	Depende de ação intersetorial e regulatória; efeitos difíceis de atribuir a curto prazo
Intervenção nutricional	Promover práticas alimentares adequadas e saudáveis, culturalmente situadas	Redução de peso e de marcadores metabólicos quando integrada a programa estruturado	Abordagens restritivas favorecem abandono e reganho; risco de reforçar o estigma
Atividade física	Ampliar capacidade funcional, força e aptidão cardiorrespiratória	Ganhos funcionais e de qualidade de vida, mesmo com perda de peso discreta	Barreiras de acesso, dor e limitações articulares; necessidade de supervisão em obesidade grave
Abordagem comportamental	Apoiar mudança de hábitos, automonitoramento e manutenção	Efetiva na APS com ≥ 12 contatos; pode ser conduzida por profissionais não médicos	Demanda intensidade e continuidade; efeito médio moderado
Tratamento farmacológico	Reduzir peso e comorbidades em pessoas com indicação clínica	Perdas de peso expressivas com agonistas do receptor de GLP-1 associados à terapia comportamental	Custo elevado, eventos gastrointestinais, dados limitados sobre uso

Estratégia	Finalidade	Benefícios	Limitações
			prolongado, manutenção e descontinuação
Cirurgia bariátrica e metabólica	Tratar obesidade grave e suas complicações	Maior magnitude e durabilidade da perda de peso	Riscos cirúrgicos, necessidade de seguimento multiprofissional por toda a vida e acesso desigual

Fonte: elaborado pelos autores com base nos estudos incluídos e em Brasil (2020) e World Health Organization (2025b).

4.4 Qualidade de vida e prática colaborativa

A qualidade de vida, embora presente no discurso sobre o cuidado à obesidade, foi pouco mensurada nos estudos incluídos. Quando avaliada, melhorou com o treino físico supervisionado em serviço especializado (Orange *et al.*, 2020) e associou-se à perda de peso após aconselhamento breve por enfermeira e fisioterapeuta (Virtanen *et al.*, 2021). A escassez de instrumentos específicos de qualidade de vida relacionada ao peso nos ensaios farmacológicos e nos estudos de APS dificulta comparar estratégias por aquilo que mais importa às pessoas, isto é, a funcionalidade, o bem-estar e a participação social.

Quanto à prática colaborativa, o ensaio australiano oferece o exemplo mais completo do corpus: o cuidado interdisciplinar liderado por enfermeira de prática avançada, com nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e revisão de medicamentos que favorecem o ganho de peso, resultou em diferença de 9,0 kg em 24 meses em relação ao cuidado usual de pessoas com diabetes tipo 2 em área rural (Murfet *et al.*, 2025). O achado é especialmente relevante para a enfermagem brasileira, pois demonstra a viabilidade da coordenação do cuidado por enfermeiras em contextos de baixa densidade de especialistas. Em contraste, nas unidades brasileiras estudadas, o compartilhamento do cuidado entre equipes de Saúde da Família e Nasf ocorria de forma fragmentada, por encaminhamentos segundo o problema, com reconhecimento do apoio do Nasf, mas sem plano terapêutico construído em conjunto (Jesus *et al.*, 2022). Profissionais de APS de outros países relatam tensão semelhante: o cuidado à obesidade é considerado parte essencial da APS, mas muitas equipes desistem de ofertá-lo diante das dificuldades, embora o considerem viável e gratificante quando implantado (Nederveld *et al.*, 2021). As atribuições de cada categoria no cuidado colaborativo estão sintetizadas no Quadro 5.

Quadro 5 – Atribuições das categorias profissionais no cuidado à pessoa com obesidade

Categoria	Atribuições
Enfermagem	Rastreamento e avaliação antropométrica; consulta de enfermagem; coordenação do plano de cuidado e do seguimento longitudinal; educação em saúde; gestão de casos e articulação com a rede
Medicina	Avaliação clínica e diagnóstico, inclusive de obesidade clínica e complicações; estratificação de risco; indicação e monitoramento de tratamento farmacológico; indicação de cirurgia
Nutrição	Avaliação do consumo e das práticas alimentares; plano alimentar individualizado, sem abordagens restritivas; condução de grupos; terapia comportamental voltada à alimentação
Psicologia	Avaliação de saúde mental e comportamento alimentar; intervenções psicoterapêuticas e comportamentais; avaliação pré e pós-cirúrgica; enfrentamento do estigma internalizado
Educação física	Avaliação funcional; prescrição e supervisão de atividade física adaptada; promoção de práticas corporais em grupo e no território
Fisioterapia	Avaliação e reabilitação de limitações musculoesqueléticas, respiratórias e funcionais; manejo da dor; adaptação do exercício em obesidade grave
Farmácia	Cuidado farmacêutico; revisão de medicamentos que favorecem o ganho de peso; orientação e monitoramento de adesão e de eventos adversos
Serviço social	Identificação de vulnerabilidades sociais e de insegurança alimentar; articulação com a rede de proteção social e acesso a direitos
Agente comunitário de saúde	Identificação de pessoas com obesidade no território; vigilância alimentar e nutricional; visitas domiciliares; elo entre a equipe e a comunidade; apoio à adesão

Fonte: elaborado pelos autores com base em Brasil (2020; 2021b) e nos estudos incluídos.

4.5 Estigma do peso, equidade e acesso no SUS

O estigma do peso atravessa os estudos incluídos como barreira ao cuidado. A síntese qualitativa de percepções de profissionais da APS identificou atitudes estigmatizantes e dificuldades na relação terapêutica (Jeffers *et al.*, 2024), e no Brasil o cuidado tende a tomar o peso corporal como objeto de trabalho e critério de êxito, o que produz frustração profissional e responsabilização da pessoa quando o peso não diminui (Jesus *et al.*, 2022; Burlandy *et al.*, 2020). Esse padrão contraria o consenso internacional, que associa o estigma à evitação dos serviços e ao pior cuidado (Rubino *et al.*, 2020).

Há, porém, evidências de que o estigma é modificável. A revisão de 25 intervenções identificou cinco estratégias de redução do viés de peso entre profissionais e estudantes (educação, informação sobre causas, evocação de empatia, abordagem inclusiva do peso e métodos combinados) (Talumaa *et al.*, 2022). Na Bahia, um curso de educação permanente para profissionais da atenção básica deslocou as concepções de obesidade do modelo biomédico para os modelos ecológico e sindêmico, com maior reconhecimento da multifatorialidade e dos limites do IMC (Magalhães *et al.*, 2025). Do ponto de vista da equidade, o ensaio conduzido com

população de baixa renda mostrou que intervenções intensivas são efetivas fora dos centros acadêmicos (Katzmarzyk *et al.*, 2020), e a OPAS tem enfatizado medidas populacionais, como rotulagem de advertência, restrição da publicidade e tributação de bebidas e alimentos não saudáveis, ao lado do fortalecimento da APS (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023). O acesso desigual aos medicamentos de alto custo, apontado pela própria OMS como risco para a equidade (World Health Organization, 2025b), tende a ampliar essas diferenças se a incorporação tecnológica não for acompanhada de critérios de priorização e de cuidado multiprofissional.

4.6 Implementação, tecnologias e perspectivas

As barreiras de implementação identificadas formam um conjunto coerente: estrutura insuficiente (Lopes *et al.*, 2021a), falta de qualificação e de materiais (Lopes *et al.*, 2021b), metas de produtividade e consultas curtas (Jesus *et al.*, 2022), rotatividade e mudanças de gestão (Belo *et al.*, 2022). Do lado das pessoas atendidas, a rede de apoio de pares, família e profissionais e a individualização das intervenções aparecem como facilitadores centrais (De Jong; Jansen; Van Middelkoop, 2023). As tecnologias digitais podem ampliar o alcance do cuidado, mas não substituem a equipe: em ensaio com aplicativo multicomponente, desenhado por equipe multiprofissional e utilizado sem interação com os profissionais, não houve diferença global de perda de peso em relação ao aplicativo controle, e o benefício restringiu-se aos participantes mais aderentes (Bertoli *et al.*, 2025). Esse estudo, excluído da amostra por não envolver cuidado multiprofissional, sugere que as tecnologias funcionam melhor como extensão do vínculo com a equipe do que como alternativa a ele.

Como perspectivas, a síntese aponta para quatro direções: o cuidado compartilhado entre APS e atenção especializada, com plano terapêutico construído em conjunto; o autocuidado apoiado, que reconhece a pessoa como protagonista e a rede de apoio como recurso terapêutico; a educação permanente orientada ao enfrentamento do estigma e à compreensão ampliada da obesidade; e a adoção de indicadores que incluam qualidade de vida, funcionalidade e processo de cuidado, para além do peso (Tabela 1).

Tabela 1 – Indicadores de avaliação e monitoramento do cuidado à pessoa com obesidade

Dimensão	Indicadores	Fonte/momento de coleta
Antropométricos	Peso, IMC, circunferência da cintura, proporção de pessoas com perda ≥ 5% do peso	Unidade de saúde; consulta

Dimensão	Indicadores	Fonte/momento de coleta
Metabólicos	Pressão arterial, glicemia de jejum, HbA1c, perfil lipídico	Consulta; exames laboratoriais
Qualidade de vida	Escores de instrumentos genéricos (SF-36, EQ-5D) e específicos relacionados ao peso (IWQOL-Lite, OWLQOL)	Aplicação periódica, no início e ao longo do seguimento
Funcionais	Testes de capacidade funcional, força e desempenho em atividades cotidianas	Avaliação por educação física ou fisioterapia
Adesão	Proporção de consultas e encontros realizados; permanência no acompanhamento; adesão ao tratamento farmacológico	Registros do serviço
Acesso	Proporção de pessoas com obesidade identificadas e acompanhadas; tempo de espera para atenção especializada e cirurgia	Sistemas de informação da APS e da regulação
Processo	Existência de plano terapêutico compartilhado; número de contatos; reuniões de equipe; ações de educação permanente; estrutura das unidades (balança e antropômetro adequados)	Gestão local e auditoria de prontuários

Fonte: elaborado pelos autores com base nos estudos incluídos.

Nota: EQ-5D: EuroQol 5 dimensões; IWQOL-Lite: Impact of Weight on Quality of Life-Lite; OWLQOL: Obesity and Weight-Loss Quality of Life; SF-36: Short Form-36.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências sintetizadas indicam que o cuidado multiprofissional contribui para a promoção da saúde e para a melhoria de desfechos clínicos da pessoa com obesidade quando organizado de forma longitudinal, com contatos frequentes, coordenação definida e plano compartilhado. Ensaios conduzidos na APS e em serviços especializados demonstraram perdas de peso clinicamente relevantes, sustentadas por até 24 meses, e melhora de marcadores metabólicos. A associação com agonistas do receptor de GLP-1 potencializou esses resultados, sempre em conjunto com acompanhamento comportamental estruturado. Os efeitos sobre a qualidade de vida foram positivos quando avaliados, mas esse desfecho foi pouco mensurado, o que constitui a principal fragilidade da evidência disponível para responder à pergunta norteadora.

Os desafios concentram-se na implementação. No SUS, a estrutura insuficiente, a fragmentação do cuidado, a rotatividade profissional, as metas de produtividade e o estigma do peso limitam a tradução das normas em práticas. Para a prática clínica, os achados sustentam o planejamento do cuidado a partir da função e da qualidade de vida, e não apenas do peso. Para a gestão, indicam a necessidade de financiamento estável das equipes multiprofissionais, de tempo protegido para a construção conjunta de planos terapêuticos e de indicadores de processo

e de resultado. Para a formação, apontam a educação permanente como estratégia de enfrentamento do estigma e de qualificação da prática colaborativa. Para as políticas públicas, reforçam a combinação entre medidas regulatórias sobre os ambientes alimentares e o fortalecimento da APS, com critérios de equidade para a eventual incorporação de novas tecnologias medicamentosas. Para a enfermagem, a evidência de modelos liderados por enfermeiras indica espaço para ampliar sua atuação na coordenação do cuidado.

Esta revisão tem limitações. As buscas restringiram-se a bases de acesso aberto, o que pode ter excluído estudos indexados apenas em Embase, Scopus, Web of Science ou CINAHL. A exclusão de periódicos sem indexação, adotada para preservar a qualidade da evidência, eliminou os poucos ensaios brasileiros de intervenção identificados. O número de estudos (n = 20) e a heterogeneidade de delineamentos impediram a metanálise. [Acrescentar, se for o caso, a seleção por revisor único.]

Recomendam-se, para pesquisas futuras, ensaios pragmáticos de intervenção multiprofissional no SUS, com seguimento longo e desfechos de qualidade de vida relacionada ao peso; estudos de implementação das equipes multiprofissionais na APS; avaliações do papel de categorias pouco estudadas, como psicologia, farmácia, serviço social e agentes comunitários de saúde; e análises de custo-efetividade e de equidade da incorporação de agonistas do receptor de GLP-1 associados ao cuidado multiprofissional.

REFERÊNCIAS

AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (ed.). **JBI manual for evidence synthesis**. Adelaide: JBI, 2020.

BELO, C. E. C. *et al.* Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade no Estado do Rio de Janeiro: o olhar de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 17, e69119, 2022. DOI: 10.12957/demetra.2022.69119.

BERTOLI, S. *et al.* Effectiveness of a digital therapy on 6-month weight loss in people with obesity: the DEMETRA randomized clinical trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 27, e72054, 2025. DOI: 10.2196/72054.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Portaria SCTIE/MS nº 53, de 11 de novembro de 2020**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à 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: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia de atividade física para a população brasileira**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006-2024**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

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**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, e00093419, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00093419.

DÂMASO, A. R. *et al.* Multidisciplinary therapy to target obesity and its complications in adult population: a narrative review. **Obesity Reviews**, e70093, 2026. DOI: 10.1111/obr.70093.

DE JONG, M.; JANSEN, N.; VAN MIDDELKOOP, M. A systematic review of patient barriers and facilitators for implementing lifestyle interventions targeting weight loss in primary care. **Obesity Reviews**, v. 24, n. 8, e13571, 2023. DOI: 10.1111/obr.13571.

FERREIRA, A. P. S.; SZWARCWALD, C. L.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. Aumento nas prevalências de obesidade entre 2013 e 2019 e fatores associados no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 24, supl. 2, e210009, 2021.

GILMORE, A. B. *et al.* Defining and conceptualising the commercial determinants of health. **The Lancet**, v. 401, n. 10383, p. 1194-1213, 2023.

HOLTROP, J. S. *et al.* Models for delivering weight management in primary care: qualitative results from the MOST Obesity Study. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 36, n. 4, p. 603-615, 2023. DOI: 10.3122/jabfm.2022.220315R2.

JACOBS, M. *et al.* Sharing the 'weight' of obesity management in primary care: integration of registered dietitian nutritionists to provide intensive behavioural therapy for obesity for Medicare patients. **Family Practice**, v. 38, n. 1, p. 18-24, 2021. DOI: 10.1093/fampra/cmaa006.

JEFFERS, L. *et al.* Healthcare professionals' perceptions and experiences of obesity and overweight and its management in primary care settings: a qualitative systematic review. **Primary Health Care Research & Development**, v. 25, e5, 2024. DOI: 10.1017/S1463423623000683.

JESUS, J. G. L. *et al.* O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 175-187, 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213212.

KATZMARZYK, P. T. *et al.* Weight loss in underserved patients: a cluster-randomized trial. **New England Journal of Medicine**, v. 383, n. 10, p. 909-918, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2007448.

LOPES, M. S. *et al.* O manejo da obesidade na atenção primária à saúde no Brasil é adequado? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, supl. 1, e00051620, 2021a. DOI: 10.1590/0102-311X00051620.

LOPES, M. S. *et al.* Challenges for obesity management in a unified health system: the view of health professionals. **Family Practice**, v. 38, n. 1, p. 4-10, 2021b. DOI: 10.1093/fampra/cmaa117.

MADIGAN, C. D. *et al.* Effectiveness of weight management interventions for adults delivered in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **BMJ**, v. 377, e069719, 2022. DOI: 10.1136/bmj-2021-069719.

MAGALHÃES, C. G. *et al.* Obesidade, educação e mudança: deslocamentos dos sentidos e significados para profissionais de saúde da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, e01312023, 2025. DOI: 10.1590/1413-812320242911.01312023.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. 5. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2023.

MURFET, G. O. *et al.* Effect of interdisciplinary obesity care on metabolic markers and body weight in people with type 2 diabetes in a rural setting: a randomised controlled trial. **Clinical Obesity**, v. 15, n. 2, e12715, 2025.

NEDERVELD, A. *et al.* The joys and challenges of delivering obesity care: a qualitative study of US primary care practices. **Journal of General Internal Medicine**, v. 36, n. 9, p. 2709-2716, 2021. DOI: 10.1007/s11606-020-06548-w.

ORANGE, S. T. *et al.* Effect of home-based resistance training performed with or without a high-speed component in adults with severe obesity. **Translational Sports Medicine**, v. 3, n. 1, p. 34-45, 2020. DOI: 10.1002/tsm2.115.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Dia Mundial da Obesidade**: OPAS insta os países a enfrentarem o principal fator de doenças não transmissíveis nas Américas. Washington, D.C.: OPAS, 3 mar. 2023. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/3-3-2023-dia-mundial-da-obesidade-opas-insta-os-paises-enfrentarem-principal-fator-doencas.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Nove países da América Latina e do Caribe intensificam esforços para reduzir a obesidade com o apoio da OPAS**. Washington, D.C.: OPAS, 4 mar. 2025. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/4-3-2025-nove-paises-da-america-latina-e-do-caribe-intensificam-esforcos-para-reduzir. Acesso em: [data].

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n71, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71.

RUBINO, F. *et al.* Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nature Medicine**, v. 26, n. 4, p. 485-497, 2020.

RUBINO, F. *et al.* Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 13, p. 221-262, 2025. DOI: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4.

STERNE, J. A. C. *et al.* RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. **BMJ**, v. 366, l4898, 2019. DOI: 10.1136/bmj.l4898.

TALUMAA, B. *et al.* Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. **Obesity Reviews**, v. 23, n. 10, e13494, 2022. DOI: 10.1111/obr.13494.

VIRTANEN, J. *et al.* The impact of lifestyle counselling on weight management and quality of life among working-age females. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 39, n. 3, p. 382-388, 2021. DOI: 10.1080/02813432.2021.1958510.

WADDEN, T. A. *et al.* Effect of subcutaneous semaglutide vs placebo as an adjunct to intensive behavioral therapy on body weight in adults with overweight or obesity: the STEP 3 randomized clinical trial. **JAMA**, v. 325, n. 14, p. 1403-1413, 2021. DOI: 10.1001/jama.2021.1831.

WADDEN, T. A. *et al.* Tirzepatide after intensive lifestyle intervention in adults with overweight or obesity: the SURMOUNT-3 phase 3 trial. **Nature Medicine**, v. 29, n. 11, p. 2909-2918, 2023. DOI: 10.1038/s41591-023-02597-w.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**: fact sheet. Geneva: WHO, 2025a. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guideline on the use of glucagon-like peptide-1 (GLP-1) therapies for the treatment of obesity in adults**. Geneva: WHO, 2025b