

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

# SÍNDROME METABÓLICA

Guia prático sobre síndrome metabólica na Atenção  
Primária à Saúde



# SÍNDROME METABÓLICA

Guia prático sobre síndrome metabólica na Atenção  
Primária à Saúde

## **ORGANIZADORES**

Francisca Adriana Vieira da Silva  
Magnólia de Jesus Sousa Magalhães  
Andressa Thays Maria Chaves Medeiros  
Ester Eustorgio Cunha  
Karina Caitano de Brito Azevedo  
Maria Rita Barbosa da Silva  
Francisco José Sousa Magalhães  
Fábio Barroso Martins Dantas

## **Ilustrações**

Banco de imagens Google  
Canva  
Freepik  
Flaticon  
iStockPhoto  
Vecteezy  
OpenAI  
123RF

# **SÍNDROME METABÓLICA**

Guia Prático sobre Síndrome Metabólica na Atenção Primária  
à Saúde



**EDITOR RESPONSÁVEL**  
Jeanne Ferreira de Sousa da Silva

**CONSELHO EDITORIAL**

Alan Kardec Gomes Pachêco Filho

Ana Lucia Abreu Silva

Ana Lúcia Cunha Duarte

Cynthia Carvalho Martins

Eduardo Aurélio Barros Aguiar

Emanoel Cesar Pires de Assis

Denise Maia Pereira

Fabiola Hesketh de Oliveira

Helciane de Fátima Abreu Araújo

Helidacy Maria Muniz Corrêa

Jackson Ronie Sá da Silva

José Roberto Pereira de Sousa

José Sampaio de Mattos Jr

Luiz Carlos Araújo dos Santos

Marcos Aurélio Saquet

Maria Medianeira de Souza

Maria Claudene Barros

Rosa Elizabeth Acevedo Marin

Wilma Peres Costa

S616

Síndrome metabólica: guia prático sobre síndrome metabólica na atenção primária à saúde / Francisca Adriana Vieira da Silva et. al (Org.).\_\_Caxias: EDUEMA, 2026.

128p.

Formato: Livro Digital/Ebook.

Vários autores

Disponível em:

<https://www.editorauema.uema.br/index.php/omp/catalog/category/ebooks>

ISBN: 978-85-8227-714-0

1. Saúde – Atenção primária. 2. Saúde da família. 3. Síndrome metabólica. 4. Prática clínica – Guia. I. Silva, Francisca Adriana Vieira da et. al. II. Título.

CDU 614.253.5-058.8

# APRESENTAÇÃO

A Síndrome Metabólica é atualmente reconhecida como uma das principais condições de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes tipo 2 e as doenças cardiovasculares, representando um desafio crescente para os sistemas de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Frente à complexidade de sua abordagem, torna-se indispensável a atuação de equipes multidisciplinares preparadas para reconhecer precocemente os fatores de risco, realizar intervenções efetivas e promover o cuidado integral ao indivíduo.

Este eBook foi desenvolvido com o objetivo de subsidiar profissionais da APS com conteúdos atualizados, práticos e aplicáveis ao contexto do trabalho em Unidades Básicas de Saúde. Ao longo dos capítulos, são abordados desde os fundamentos clínicos e diagnósticos da Síndrome Metabólica até estratégias de intervenção nutricional, farmacológica, psicossocial e comunitária, sempre com foco na integralidade do cuidado e no papel colaborativo das diferentes áreas da equipe de saúde.

Sabemos que a atuação frente à Síndrome Metabólica exige mais do que conhecimento técnico: requer sensibilidade para compreender o contexto social e individual dos pacientes, capacidade de trabalho em equipe, e disposição para promover mudanças sustentáveis nos hábitos de vida. Por isso, este material valoriza a perspectiva interprofissional, respeitando as especificidades e potencialidades de cada categoria profissional na construção de soluções efetivas no território.

Esperamos que este eBook contribua para fortalecer a prática dos profissionais da APS, promover maior qualidade no cuidado ofertado à população e, acima de tudo, apoiar a prevenção e o controle da Síndrome Metabólica de forma ética, humanizada e resolutiva. Que este seja um instrumento de apoio na jornada contínua por uma saúde mais equitativa e centrada nas necessidades das pessoas.

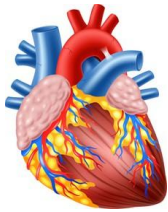
Autores

# Sumário

<b>Introdução à Síndrome Metabólica</b>	7
<b>Diagnóstico e Avaliação da Síndrome Metabólica</b>	10
<b>Fatores de Risco e Etiologia</b>	17
<b>Complicações e Consequências Clínicas</b>	21
<b>Abordagem Nutricional e Dietética</b>	24
<b>Atividade Física e Estilo de Vida Saudável</b>	62
<b>Intervenção Farmacológica e Tratamento Medicamentoso</b>	70
<b>Abordagem Psicológica e Suporte ao Paciente</b>	73
<b>Papel da Equipe Multiprofissional na APS</b>	81
<b>Educação e Prevenção no Território</b>	105

# 1 Introdução à Síndrome Metabólica

# Introdução à Síndrome Metabólica



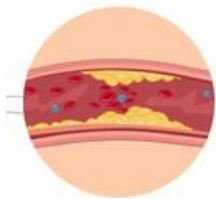
doenças  
cardiovasculares



diabetes tipo 2

A Síndrome Metabólica (SM) é uma condição clínica caracterizada pela presença simultânea de **múltiplos fatores de risco metabólicos** que aumentam significativamente a probabilidade de desenvolvimento de **doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2** (Nascimento; Dias; Barbosa, 2023).

Na síndrome metabólica, o principal fator desencadeante é um processo inflamatório crônico persistente, que está intimamente ligado à resistência à insulina (RI) ou ao excesso de insulina circulante. Esse quadro é provocado pelo aumento de substâncias inflamatórias, como o fator de necrose tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ), a interleucina 6 (IL-6), o fibrinogênio e a proteína C reativa (PCR). Conseqüentemente, a obesidade contribui para um estado pró-coagulante, uma vez que eleva os níveis de fibrinogênio e do fator VII de von Willebrand, intensificando a produção de citocinas inflamatórias. Esse cenário favorece a ativação precoce das plaquetas e a formação de placas ateroscleróticas que podem obstruir os vasos sanguíneos (Silva *et al.*, 2021).



Esses fatores incluem a **obesidade abdominal, a resistência à insulina, a hipertensão arterial e alterações no perfil lipídico, como níveis elevados de triglicerídeos e baixos níveis de HDL-colesterol** (Lira *et al.*, 2018).

O excesso de peso – caracterizado pelo acúmulo da gordura na circunferência abdominal- é critério essencial da síndrome, e uma vez combinado às demais comorbidades – todas relacionadas à resistência à insulina- forma um complexo de fatores de risco que contribuem, de forma independente, para o desenvolvimento de doença cardiovascular por aterosclerose (Pepe *et al.*, 2022).

# Introdução à Síndrome Metabólica

O crescente número de casos de SM no Brasil e no mundo reflete mudanças no estilo de vida da população, marcadas por maior consumo de **alimentos ultraprocessados**, redução da atividade física, aumento do estresse e hábitos prejudiciais à saúde, como tabagismo e consumo excessivo de álcool. Esses elementos são agravados por determinantes sociais da saúde, como pobreza, baixa escolaridade, insegurança alimentar e acesso limitado a serviços de saúde de qualidade. Dessa forma, a síndrome representa não apenas uma questão clínica, mas também um fenômeno de saúde pública (Leitão; Martins, 2012; Vieira; Peixoto; Silveira, 2014; Reis *et al.*, 2023; Barros; Miranda, 2025; Oliveira *et al.*, 2020).

## ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS

Formulações industriais com pouco ou nenhum alimento in natura e com grande número de ingredientes pouco familiares (aditivos e corantes) e elevado teor de sal, açúcares e gorduras, tais como biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes, macarrão instantâneo e salsicha.

Segundo o Journal of the American College of Cardiology, a prevalência da síndrome metabólica na população dos EUA com mais de 20 anos é de 24% e sobe para 40% em pacientes com 60 anos de idade.

O crescimento na prevalência da síndrome é paralelo ao crescente aumento da prevalência da obesidade. No Brasil, foi registrada uma prevalência de SM na população adulta de 29,6%, podendo alcançar os mesmos 40% nas faixas etárias maiores que 60 anos (Barros; Miranda, 2025).

No Brasil, são escassas as investigações de base populacional analisando a prevalência e os fatores associados à SM (Ramires *et al.*, 2018).



## 2 Diagnóstico e Avaliação da Síndrome Metabólica

# Diagnóstico e Avaliação da Síndrome Metabólica

A definição da SM está ligada aos fatores já citados. Ela varia, no entanto, de acordo com cada sociedade que se propõe a descrevê-la.

**Quadro 1 - Critério diagnóstica da SM, segundo a WHO**

Critério obrigatório	Descrição
Resistência à insulina	Glicemia de jejum alterada, DM2 ou intolerância à glicose
Dois ou mais dos seguintes fatores	Descrição
Triglicerídeos	>150 mg/dl
HDL-colesterol	<35 mg/dl (homens) ou <39 mg/dl (mulheres)
Pressão arterial	≥160/95 mmHg
Obesidade central	RCQ >0,9 (homens); RCQ >0,85 (mulheres); ou IMC >30 kg/m <sup>2</sup>
Microalbuminúria	≥20 µg/min ou ≥30 mg/g (relação albumina/creatinina)

Na definição da WHO preconizou que seu fator de risco principal era a Resistência Insulinica (RI). Dessa maneira, se houvesse alteração em qualquer dos marcadores de RI (glicemia de jejum, glicemia pós-prandial, DM2) associadas a outros dois fatores de risco (obesidade, HAS, hipertrigliceridemia, HDL baixo ou microalbuminúria), o diagnóstico do distúrbio metabólico era estabelecido (Rodrigues, 2020).

A definição da SM está ligada aos fatores já citados. Ela varia, no entanto, de acordo com cada sociedade que se propõe a descrevê-la.

**Quadro 2 - Critério diagnóstica da SM, segundo o EGIR**

Critério obrigatório	Descrição
Resistência à insulina / Hiperinsulinemia	Glicemia de jejum alterada, DM2 ou intolerância à glicose OU quarto quartil da insulinemia de jejum em não diabéticos
Dois ou mais dos seguintes fatores	Descrição
Triglicerídeos	>150 mg/dl
HDL-colesterol	<35 mg/dl (homens) ou <39 mg/dl (mulheres)
Pressão arterial	≥160/95 mmHg
Obesidade central	RCQ >0,9 (homens); RCQ >0,85 (mulheres); ou IMC >30 kg/m <sup>2</sup> OU perímetro abdominal ≥94 cm (homens) e ≥80 cm (mulheres)
Microalbuminúria	≥20 µg/min ou ≥30 mg/g (relação albumina/creatinina)
Glicemia de jejum	≥110 mg/dl

# Diagnóstico e Avaliação da Síndrome Metabólica

Após a definição da WHO, a European Group for the study of Insulin Resistance (EGIR) no ano de 1999, apresentou uma nova definição onde substituiu a resistência à insulina pela insulinemia de jejum (ponto de corte é o quarto quartil da população em estudo), também excluiu a microalbuminúria como um dos fatores de risco para SM, a obesidade era estabelecida através da medida do perímetro abdominal e a glicemia de jejum passou a ser usada para medir a intolerância à glicose.

Apesar dos novos critérios estabelecidos serem mais fáceis de se praticar, essa definição também apresentou limitações consideráveis em seu uso clínico, principalmente pelo fato de não se aplicar a pessoas com DM prévio e por acrescentar a insulinemia de jejum, que não é considerado um exame habitual (Rodrigues, 2020).

## Quadro 3 - Critério diagnóstico da SM, segundo a AACE/ACE

<b>Critério obrigatório</b>	<b>Descrição</b>
Triglicerídeos	>150 mg/dl
HDL-colesterol	<40 mg/dl (homens) ou <50 mg/dl (mulheres)
Pressão arterial	≥130/85 mmHg
Glicemia de jejum	≥110 mg/dl



# Diagnóstico e Avaliação da Síndrome Metabólica

Em 2003, a American Association of Clinical Endocrinologists/ American College of Endocrinology (AACE/ACE) realçou a importância da inclusão dos testes de tolerância à glicose para diagnóstico da síndrome novamente, assim, como a distinção do risco, levando em consideração as particularidades de cada um, tendo o ponto de corte do IMC acima de 25 kg/m<sup>2</sup> ou perímetro abdominal acima de 100 cm em homens e acima de 87,5 em mulheres, estilo de vida sedentarismo, idade superior a 40 anos, etnia, histórico familiar de DCVs, como por exemplo DM2 e HA ou, história de intolerância à glicose ou diabetes gestacional, doença de pele Acanthosis nigricans (marcadora de distúrbios metabólicos), síndrome dos ovários policísticos e doença hepática não alcoólica (Rodrigues, 2020).



# Diagnóstico e Avaliação da Síndrome Metabólica

**Quadro 4 - Critério diagnóstico da SM, segundo o NCEP-ATP III**

Presença de 3 ou mais fatores	Descrição
Triglicerídeos	>150 mg/dl
HDL-colesterol	<40 mg/dl (homens); <50 mg/dl (mulheres)
Pressão arterial	≥130/85 mmHg
Obesidade central	Perímetro abdominal ≥102 cm (homens); ≥88 cm (mulheres)
Glicemia de jejum	≥110 mg/dl (posteriormente reduzido para ≥100 mg/dl)

No ano de 2001, com a comprovação de evidências, sobre a concepção glucocêntrica da SM, o NCEP-ATP III estabeleceu uma definição para uso clínico, onde a comprovação de RI não seria mais considerada um fator fundamental para o diagnóstico, passando a se configurar somente como um dos fatores para o desenvolvimento da síndrome, facilitando a sua utilização (Rodrigues, 2020).



# Diagnóstico e Avaliação da Síndrome Metabólica

**Quadro 5 - Critério diagnóstico da SM, segundo a IDF**

Dois ou mais dos seguintes fatores	Descrição
Triglicerídeos	>150 mg/dl ou uso de medicação específica
HDL-colesterol	<40 mg/dl (homens); <50 mg/dl (mulheres)
Pressão arterial	≥160/95 mmHg ou uso de anti-hipertensivos
Glicemia de jejum	≥100 mg/dl ou diagnóstico prévio de DM2

\*IMC – Índice de Massa Corporal; 1. Europeus: ≥94 cm para homens e ≥80 cm para mulheres. Americanos ≥102 cm para homens e ≥88 cm para mulheres. Sul-asiáticos: ≥90 cm para homens e ≥80 cm para mulheres. Chineses: ≥90 cm para homens e ≥80 cm para mulheres. Japoneses: ≥90 cm para homens e ≥80 cm para mulheres. Sul-americanos: usar ponto de corte para Sul-asiáticos. Africanos: usar ponto de corte para europeus até que dados específicos estejam disponíveis. População mediterrânea e árabe: usar ponto de corte para europeus até que dados específicos estejam disponíveis.

Por fim, em 2005, a International Diabetes Federation (IDF) realizou o I Congresso Internacional de Síndrome Metabólica e Pré-Diabetes, tendo por finalidade unir e padronizar os critérios diagnósticos existentes. A definição estabelecida pela IDF constatou que, a obesidade central era determinada pelo valor do perímetro abdominal, passando a ser indispensável para o diagnóstico, sendo necessário levar em conta os riscos de acordo com as diferentes etnias. Assim, a SM poderia ser diagnosticada em todo o mundo e as futuras atualizações dos critérios seriam padronizadas.

Um ano depois, a Sociedade Brasileira de Cardiologia publicou a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (IDBSM) em 2005, onde recomendou a adoção do conceito preconizado pela NCEP-ATP III, onde o diagnóstico é comprovado pela combinação de pelo menos três componentes desencadeantes. A IDBSM propõe, ainda, que para os componentes – PA e triglicerídeos, o uso de medicações anti-hipertensivas ou de hipolipemiantes, bem como a comprovação do diagnóstico prévio de DM, preencham os critérios específicos (Rodrigues, 2020).

Pela praticidade e simplicidade, a definição do NCEP-ATP III é amplamente aceita e recomendada pela IDBSM.

# Diagnóstico e Avaliação da Síndrome Metabólica

O objetivo principal do diagnóstico da SM é a adequação do tratamento e o controle dos fatores de risco que possam potencializar o quadro, na medida em que as doenças que compõem esta síndrome são crônicas e suas seqüelas irreversíveis. Todavia, o diagnóstico da SM está condicionado à realização de exames físicos e bioquímicos, muitos deles ainda de difícil acesso pela população brasileira (Sá; Moura, 2010).

**O método de diagnóstico varia dependendo da fonte utilizada, sendo as principais a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Programa Nacional de Educação sobre Colesterol do Painel de Tratamento de Adultos III (NCEP-ATP III) e a Federação Internacional de Diabetes (IDF). É importante destacar que todas essas fontes concordam que a Síndrome Metabólica está intimamente ligada à resistência à insulina (Gama *et al.*, 2024).**

# 3 Fatores de Risco e Etiologia

# Fatores de Risco e Etiologia

A presença de excesso de peso na região abdominal em adultos triplica o risco de desenvolver síndrome metabólica. Essa conexão é principalmente atribuída à acumulação de gordura visceral central, que está diretamente associada à resistência à insulina, inflamação generalizada e comprometimento da função dos vasos sanguíneos (Silva *et al.*, 2022).

## Quadro 6 - Fatores relacionados à Síndrome Metabólica em indivíduos com obesidade abdominal

Fatores	Descrição
<b>Resistência à insulina</b>	Mecanismo central na relação entre obesidade e síndrome metabólica. Indivíduos obesos apresentam níveis elevados de insulina e glicose, contribuindo para dislipidemia e hipertensão arterial.
<b>Tecido adiposo visceral</b>	Associado à secreção de adipocinas pró-inflamatórias, como IL-6 e TNF- $\alpha$ , que intensificam os processos inflamatórios e aumentam o risco de doenças cardiovasculares.
<b>Fatores ambientais e comportamentais</b>	Sedentarismo, alimentação inadequada e padrões de sono irregulares influenciam diretamente a progressão da síndrome metabólica.
<b>Atividade física reduzida</b>	Baixos níveis de atividade física aumentam o risco da condição, destacando a importância de intervenções com foco na mudança do estilo de vida.

Fonte: González-Muniesa *et al.*, 2017; Carvalho *et al.*, 2025.

A etiologia da SM é multifatorial, envolvendo uma interação complexa entre predisposição genética e fatores ambientais. Variações genéticas podem influenciar o metabolismo de lipídios e carboidratos, a distribuição de gordura corporal e a sensibilidade à insulina, aumentando a susceptibilidade à condição (Ford; Li; Zhao, 2010; Silva *et al.*, 2022).

A patogênese da SM é caracterizada por uma complexa interação de mecanismos biológicos. Um dos principais processos envolvidos é a resistência à insulina, condição em que as células do organismo não respondem de forma eficiente à ação desse hormônio. Como consequência, ocorre o aumento da glicose sanguínea e uma maior exigência de produção de insulina, o que pode levar, com o tempo, à exaustão das células beta pancreáticas e ao desenvolvimento do diabetes tipo 2. Além disso, o excesso de gordura corporal, especialmente na região abdominal, tem um papel central nesse processo. O tecido adiposo visceral libera diversas substâncias inflamatórias e adipocinas que favorecem a resistência à insulina e alterações no perfil lipídico (Coleho *et al.*, 2023; Rangel *et al.*, 2024).

## Fatores de Risco e Etiologia

A origem da síndrome metabólica é complexa e envolve múltiplos fatores, resultando da interação entre aspectos genéticos e ambientais. Alterações genéticas, como polimorfismos em genes relacionados ao controle da glicose e ao metabolismo de gorduras, têm sido apontadas como elementos que contribuem para o seu desenvolvimento. Contudo, é o ambiente propício ao ganho de peso marcado por uma alimentação excessivamente calórica, rica em gorduras saturadas e açúcares simples, além da falta de atividade física que desempenha um papel decisivo ao desencadear a manifestação clínica da síndrome (Sancho *et al.*, 2024).

### Quadro 7 - Fatores envolvidos na etiologia da Síndrome Metabólica

<b>Categoria</b>	<b>Descrição</b>
<b>Fatores Genéticos</b>	Incluem polimorfismos em genes associados ao metabolismo da glicose e das gorduras, que podem predispor os indivíduos ao desenvolvimento da síndrome.
<b>Fatores Ambientais</b>	O ambiente obesogênico exerce forte influência, sendo caracterizado por: • Dieta rica em calorias, gorduras saturadas e açúcares simples • Estilo de vida sedentário
<b>Interação Genético-Ambiental</b>	A predisposição genética, quando combinada com fatores ambientais desfavoráveis, favorece a expressão fenotípica da síndrome metabólica e o agravamento do quadro clínico.

Fonte: Sancho *et al.*, 2024.

A SM em pessoas idosas é caracterizada pela presença simultânea de diversos fatores de risco que comprometem a saúde cardiovascular. Entre esses fatores estão o acúmulo de gordura na região abdominal, pressão arterial elevada, alterações nos níveis de lipídios no sangue, dificuldade do organismo em responder adequadamente à insulina e aumento da glicose sanguínea. A combinação desses elementos contribui significativamente para a maior probabilidade de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2 (Silva *et al.*, 2025; Sancho *et al.*, 2024).

A elevada ocorrência da síndrome metabólica em idosos está associada a diversos fatores, como o sedentarismo, uma alimentação baseada em carboidratos simples, fatores genéticos e os processos naturais do envelhecimento. Segundo estudos, essa condição pode aumentar significativamente o risco de morte geral e por causas cardiovasculares, sendo os principais agravantes a maior propensão a desenvolver aterosclerose, insuficiência cardíaca e acidentes vasculares cerebrais (Ge *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2025).

## Fatores de Risco e Etiologia

Os fatores de risco que constituem a SM são a hipertensão arterial, estado pró-inflamatório e pró-trombótico, hiperglicemia e a dislipidemia aterogênica, que é constituída pelos altos níveis de Apolipoproteína B, baixos níveis de HDL – colesterol e partículas de LDL – colesterol pequenas e densas, além da hipertrigliceridemia (Silva *et al.*, 2024).

### HIPERTENSÃO ARTERIAL



Fonte: Freepik

### ESTADO PRÓ-INFLAMATÓRIO



Fonte: Freepik

### ESTADO PRÓ-TROMBÓTICO



Fonte: Vecteezy

### HIPERGLICEMIA



Fonte: Freepik

### DISLIPIDEMIA ATEROGÊNICA



Fonte: Vecteezy

As variáveis que compõem a SM são a localização geográfica, os estilos de vida, hábitos alimentares, fenótipos, além de etnia e sexo, notando-se uma dificuldade em definir uma classificação considerada universal (Silva *et al.*, 2024)

# 4 Complicações e Consequências Clínicas

# Complicações e Consequências Clínicas

Prevenir a Síndrome Metabólica e suas complicações é uma prioridade de saúde pública, uma vez que sua presença está crescendo em proporções epidêmicas. Programas focados em educação para a saúde, promoção de dietas saudáveis e incentivo à atividade física são cruciais. Intervenções preventivas têm o potencial não apenas de melhorar a saúde individual, mas também de aliviar a carga nos sistemas de saúde (Coleho *et al.*, 2023).

## Quadro 8 - Aspectos fisiopatológicos e implicações clínicas da Síndrome Metabólica

Aspecto	Descrição
<b>Dislipidemia</b>	Caracteriza-se por níveis elevados de triglicérides e baixos níveis de HDL. É tanto causa quanto consequência da resistência à insulina. O excesso de ácidos graxos livres interfere no metabolismo da glicose e estimula a produção hepática de lipídios.
<b>Hipertensão Arterial</b>	Frequente na Síndrome Metabólica, pode ser agravada pela resistência à insulina, que compromete o controle renal do sódio e contribui para rigidez arterial. A inflamação sistêmica também afeta negativamente a função endotelial.
<b>Mecanismo Integrado da Síndrome</b>	A Síndrome Metabólica representa uma rede interligada de distúrbios metabólicos e fisiológicos, não sendo apenas a soma de seus componentes isolados. O entendimento desses mecanismos é essencial para desenvolver abordagens terapêuticas eficazes.
<b>Consequências Cardiovasculares</b>	Incluem maior risco de aterosclerose, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, resultantes da ação combinada de hipertensão e dislipidemia sobre os vasos sanguíneos.
<b>Risco de Diabetes Tipo 2</b>	A resistência à insulina favorece o desenvolvimento do diabetes tipo 2, exigindo manejo contínuo e podendo resultar em complicações como neuropatia, nefropatia e retinopatia.
<b>Outros Impactos da Obesidade</b>	A obesidade contribui para doenças articulares e respiratórias e está relacionada à maior incidência de determinados tipos de câncer, afetando a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos com Síndrome Metabólica.

Fonte: González-Muniesa *et al.*, 2017; Carvalho *et al.*, 2025.

Uma das consequências que o idoso diagnosticado com SM está mais propenso é a polifarmácia, tendo em vista que essa população, geralmente, já tem prescrições anteriores e quando recebem novos diagnósticos e mais medicações, há um risco maior de interação medicamentosa e, conseqüentemente, efeitos adversos (Alves *et al.*, 2023).



Fonte: Freepik

# Complicações e Consequências Clínicas

## Quadro 9 - Manifestações clínicas/ sintomas da Síndrome Metabólica

Hipertensão arterial, obesidade abdominal, dislipidemias e alteração no metabolismo da glicose.
Obesidade abdominal, baixo colesterol HDL e hipertensão.
Síndrome do ovário policístico, fígado gorduroso, cálculos biliares, asma, distúrbios do sono e câncer.
Gordura abdominal, triglicerídeos elevados, HDL baixo, hipertensão e resistência à insulina.
Associação com quadros depressivos.
Obesidade, hipertensão, dislipidemia e glicemia descontrolada.
Destaca os critérios diagnósticos: dislipidemia, hipertensão, obesidade e hiperglicemia; questiona DM2 e obesidade como critérios únicos.
Hiperglicemia, hipertensão, triglicerídeos altos, HDL reduzido e obesidade abdominal.
Obesidade, pré-diabetes ou diabetes, hipertensão e/ou dislipidemia.
Obesidade, disfunção lipídica, diabetes e amenorreia primária.

Fonte: Silva *et al.*, 2024.

Por se tratar de uma síndrome multifatorial seu tratamento requer um controle das principais patologias associadas a ele, como é o caso do perfil lipídico, pressão arterial e glicemia. Dessa forma, é imprescindível que medidas de prevenção primária sejam estabelecidas para que a síndrome metabólica e suas consequências sejam prevenida (Alves *et al.*, 2023).

# 5 Abordagem Nutricional e Dietética

# Abordagem Nutricional e Dietética

O tratamento nutricional da SM visa melhorar a sensibilidade à insulina e prevenir complicações metabólicas e cardiovasculares associadas ao quadro. A importância da alimentação na abordagem terapêutica da SM, precisa ter foco especial em determinados padrões alimentares, como a dieta Mediterrânea, a dieta DASH (Abordagem Dietética para Reduzir a Hipertensão) e, especialmente, as orientações no Guia Alimentar para a População Brasileira (Bressan; Vidigal, 2014).

A nutrição sempre desempenhou um papel fundamental na promoção da saúde e no tratamento de diversas doenças. No contexto da SM, a intervenção nutricional assume um caráter essencial e deve seguir princípios específicos, sendo um deles a continuidade ao longo do tempo.

A base do tratamento dietético para indivíduos com SM é a adoção de um padrão alimentar equilibrado, que favoreça o controle metabólico e contribua para a prevenção de complicações associadas (Alves, 2016). O plano nutricional deve ser cuidadosamente elaborado, respeitando as necessidades individuais e prevendo etapas fundamentais, tais como:

1. Manutenção de um peso corporal saudável
2. Prevenção do ganho de peso
3. Estabilização do peso
4. Redução ponderal (quando necessária)
5. Gestão das comorbidades associadas



# Abordagem Nutricional e Dietética

O Guia Alimentar para a População Brasileira é uma referência essencial para a promoção da saúde e a prevenção de doenças por meio da alimentação. Diferente de abordagens tradicionais que focam exclusivamente na contagem de nutrientes e calorias, o Guia propõe uma visão ampliada do ato de se alimentar, considerando também aspectos sociais, culturais, econômicos e ambientais. Uma das grandes inovações do Guia é a classificação dos alimentos com base no grau de processamento, e não apenas na sua composição nutricional. Essa abordagem permite uma compreensão mais realista e prática sobre os impactos dos alimentos na saúde. Os alimentos são organizados em quatro grupos principais:

## *ALIMENTOS IN NATURA OU MINIMAMENTE PROCESSADOS*



Fonte: Freepik

**DEVE PRIORIZAR O CONSUMO!** -----

São extraídos diretamente de plantas e animais, como grãos, tubérculos, vegetais, carnes, leites e ovos, que quando sofrem alterações de limpeza, empacotamento, moagem, secagem, congelamento, eles se tornam minimamente processados.

## *ALIMENTOS PROCESSADOS*

São produtos feitos a partir de alimento in natura com adição de sal, açúcar ou outra substância de uso culinário, como as conservas, queijos ou pães produzidos com farinha de trigo, água, sal e fermento.



Fonte: 123RF

----- **DEVE MODERAR O CONSUMO!**

## *ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS*



Fonte: Freepik

----- **DEVE EVITAR O CONSUMO!**

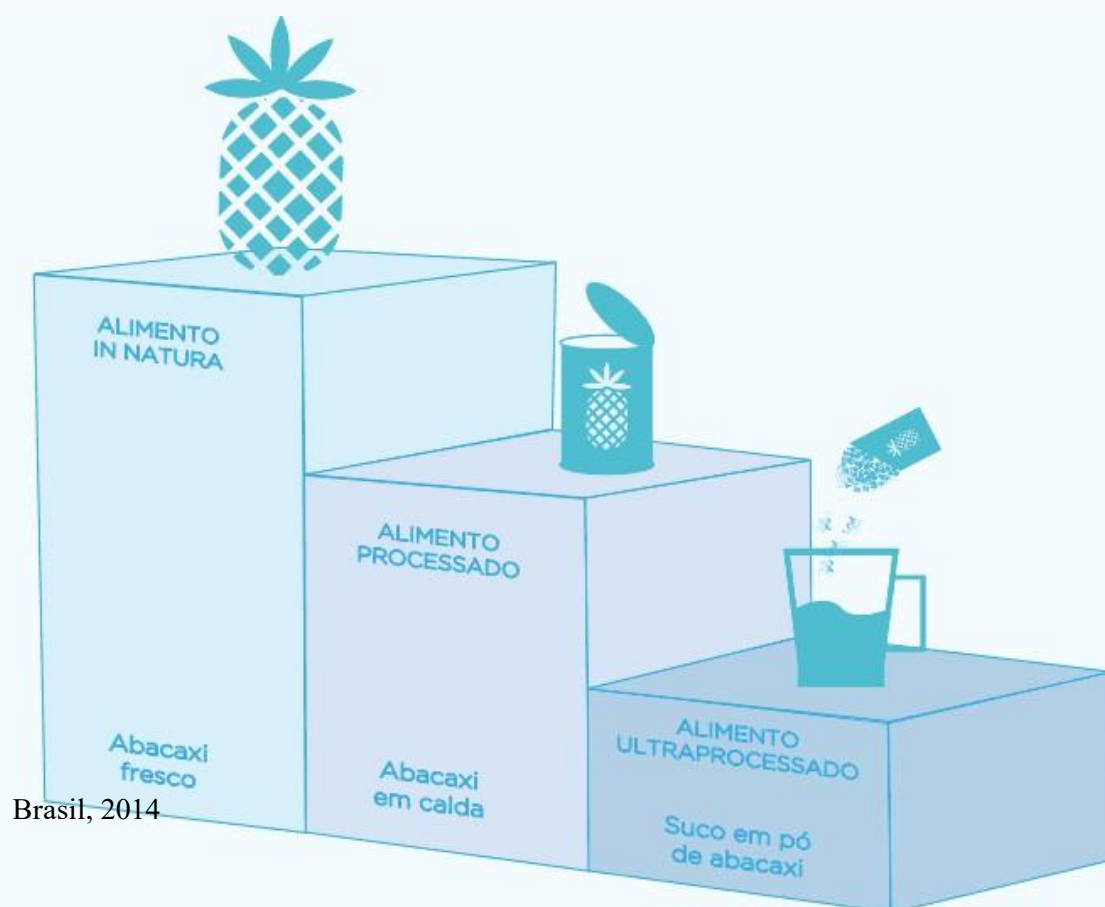
Formulações industriais com pouco ou nenhum alimento in natura e com grande número de ingredientes pouco familiares (aditivos e corantes) e elevado teor de sal, açúcares e gorduras, tais como biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes, macarrão instantâneo e salsicha.

# Abordagem Nutricional e Dietética



O Guia Alimentar é um recurso fundamental para incentivar hábitos alimentares saudáveis. Ele enfatiza que uma alimentação adequada não se resume apenas à quantidade de nutrientes ou calorias consumidas, mas também abrange dimensões culturais, sociais e ambientais relacionadas ao ato de comer.

*“REGRA DE OURO”: prefira sempre alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados.*



# Abordagem Nutricional e Dietética

Os documentos “Os 10 passos para uma alimentação saudável” e “Orientação Alimentar de Pessoas Adultas com Obesidade Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Bases Teóricas e Metodológicas - PROTOCOLOS DE USO DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA”, são importantes instrumentos do Ministério da Saúde que visam qualificar a atenção nutricional na APS. Enquanto o primeiro orienta a população em geral sobre práticas alimentares promotoras de saúde, o segundo oferece subsídios teóricos e metodológicos para profissionais de saúde no cuidado de pessoas com condições crônicas, como obesidade, hipertensão e diabetes, promovendo intervenções baseadas no acolhimento, na escuta e no respeito à cultura alimentar. Todos pautados no Guia alimentar para população brasileira.

Os 10 passos para uma alimentação saudável são uma ferramenta prática para que profissionais de saúde promovam hábitos alimentares adequados e sustentáveis na APS. Ao orientar sobre o consumo de alimentos in natura, reduzir ultraprocessados e incentivar o preparo e o compartilhamento das refeições, os profissionais fortalecem a autonomia dos usuários e contribuem para a prevenção de doenças crônicas e a promoção da saúde.



# Abordagem Nutricional e Dietética



## DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

### FAZER DE ALIMENTOS *IN NATURA* OU MINIMAMENTE PROCESSADOS A BASE DA ALIMENTAÇÃO



Em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, alimentos *in natura* ou minimamente processados são a base ideal para uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável. Variedade significa alimentos de todos os tipos – grãos, raízes, tubérculos, farinhas, legumes, verduras, frutas, castanhas, leite, ovos e carnes – e variedade dentro de cada tipo – feijão, arroz, milho, batata, mandioca, tomate, abóbora, laranja, banana, frango, peixes etc.

### UTILIZAR ÓLEOS, GORDURAS, SAL E AÇÚCAR EM PEQUENAS QUANTIDADES AO TEMPERAR E COZINHAR ALIMENTOS E CRIAR PREPARAÇÕES CULINÁRIAS



Utilizados com moderação em preparações culinárias com base em alimentos *in natura* ou minimamente processados, óleos, gorduras, sal e açúcar contribuem para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação sem torná-la nutricionalmente desbalanceada.

### LIMITAR O CONSUMO DE ALIMENTOS PROCESSADOS



Os ingredientes e métodos usados na fabricação de alimentos processados – como conservas de legumes, compota de frutas, pães e queijos – alteram de modo desfavorável a composição nutricional dos alimentos dos quais derivam. Em pequenas quantidades, podem ser consumidos como ingredientes de preparações culinárias ou parte de refeições baseadas em alimentos *in natura* ou minimamente processados.

### EVITAR O CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS



Devido a seus ingredientes, alimentos ultraprocessados – como biscoitos recheados, “salgadinhos de pacote”, refrigerantes e “macarrão instantâneo” – são nutricionalmente desbalanceados. Por conta de sua formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos *in natura* ou minimamente processados. Suas formas de produção, distribuição, comercialização e consumo afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente.

### COMER COM REGULARIDADE E ATENÇÃO, EM AMBIENTES APROPRIADOS E, SEMPRE QUE POSSÍVEL, COM COMPANHIA



Procure fazer suas refeições em horários semelhantes todos os dias e evite “beliscar” nos intervalos entre as refeições. Como sempre devagar e desfrute o que está comendo, sem se envolver em outra atividade. Procure comer em locais limpos, confortáveis e tranquilos e onde não haja estímulos para o consumo de quantidades ilimitadas de alimento. Sempre que possível, coma em companhia, com familiares,

amigos ou colegas de trabalho ou escola. A companhia nas refeições favorece o comer com regularidade e atenção, combina com ambientes apropriados e amplia o desfrute da alimentação. Compartilhe também as atividades domésticas que antecedem ou sucedem o consumo das refeições.

### FAZER COMPRAS EM LOCAIS QUE OFERTEM VARIEDADES DE ALIMENTOS *IN NATURA* OU MINIMAMENTE PROCESSADOS

Procure fazer compras de alimentos em mercados, feiras livres e feiras de produtores e outros locais que comercializam variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Prefira legumes, verduras e frutas da estação e cultivados localmente. Sempre que possível, adquira alimentos orgânicos e de base agroecológica, de preferência diretamente dos produtores.

### DESENVOLVER, EXERCITAR E PARTILHAR HABILIDADES CULINÁRIAS

Se você tem habilidades culinárias, procure desenvolvê-las e partilhá-las, principalmente com crianças e jovens, sem distinção de gênero. Se você não tem habilidades culinárias – e isso vale para homens e mulheres –, procure adquiri-las. Para isso, converse com as pessoas que sabem cozinhar, peça receitas a familiares, amigos e colegas, leia livros, consulte a internet, eventualmente faça cursos e... comece a cozinhar!

### PLANEJAR O USO DO TEMPO PARA DAR À ALIMENTAÇÃO O ESPAÇO QUE ELA MERECE

Planeje as compras de alimentos, organize a despensa doméstica e defina com antecedência o cardápio da semana. Divida com os membros de sua família a responsabilidade por todas as atividades domésticas relacionadas ao preparo de refeições. Faça da preparação de refeições e do ato de comer momentos privilegiados de convivência e prazer. Reavalie como você tem usado o seu tempo e identifique quais atividades poderiam ceder espaço para a alimentação.

### DAR PREFERÊNCIA, QUANDO FORA DE CASA, A LOCAIS QUE SERVEM REFEIÇÕES FEITAS NA HORA

No dia a dia, procure locais que servem refeições feitas na hora e a preço justo. Restaurantes de “comida a quilo” podem ser boas opções, assim como refeitórios que servem “comida caseira” em escolas ou no local de trabalho. Evite redes de fast-food.

### SER CRÍTICO QUANTO A INFORMAÇÕES, ORIENTAÇÕES E MENSAGENS SOBRE ALIMENTAÇÃO VEICULADAS EM PROPAGANDAS COMERCIAIS

Lembre-se de que a função essencial da publicidade é aumentar a venda de produtos, e não informar ou, menos ainda, educar as pessoas. Avalie com crítica o que você lê, vê e ouve sobre alimentação em propagandas comerciais e estimule outras pessoas, particularmente crianças e jovens, a fazerem o mesmo.



CONHEÇA A VERSÃO COMPLETA DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf)



[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/dez\\_passos\\_alimentacao\\_adequada\\_saudavel\\_dobrado.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/dez_passos_alimentacao_adequada_saudavel_dobrado.pdf)

# Abordagem Nutricional e Dietética

O fascículo **“Orientação Alimentar de Pessoas Adultas com Obesidade, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Bases Teóricas e Metodológicas”** apresenta diretrizes fundamentais para a promoção do cuidado nutricional integral e humanizado no contexto da APS. Com base nas diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira, o material propõe abordagens práticas e contextualizadas, respeitando a cultura alimentar, os determinantes sociais da saúde e as necessidades individuais. A proposta metodológica enfatiza a escuta qualificada, a construção compartilhada do plano alimentar e o estímulo à autonomia do indivíduo no processo de mudança de comportamento alimentar. Dessa forma, o fascículo se configura como um instrumento valioso para os profissionais de saúde, auxiliando no enfrentamento de agravos crônicos por meio de estratégias alimentares acessíveis, sustentáveis e alinhadas à promoção da saúde e prevenção de complicações associadas à obesidade, hipertensão e diabetes.

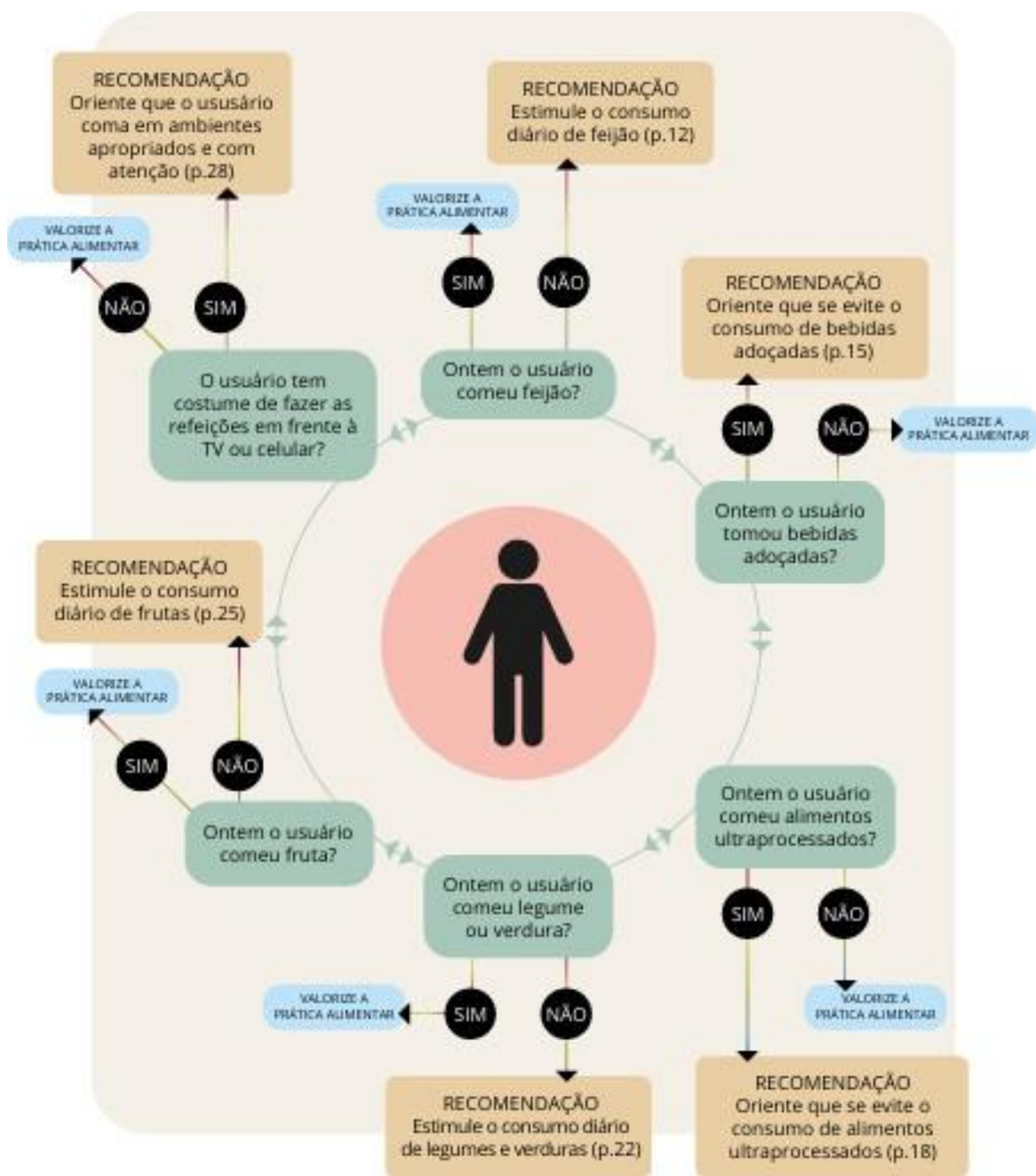
O fascículo **“Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira: Orientação Alimentar de Pessoas Adultas com Obesidade”** oferece diretrizes práticas para a atuação dos profissionais de saúde no cuidado nutricional de pessoas com obesidade, a partir das recomendações do Guia Alimentar.

O material propõe uma abordagem centrada no indivíduo, respeitando seus saberes, contexto de vida e cultura alimentar, e valoriza o diálogo e a escuta qualificada como pilares para a construção de estratégias efetivas e sustentáveis de mudança de comportamento.

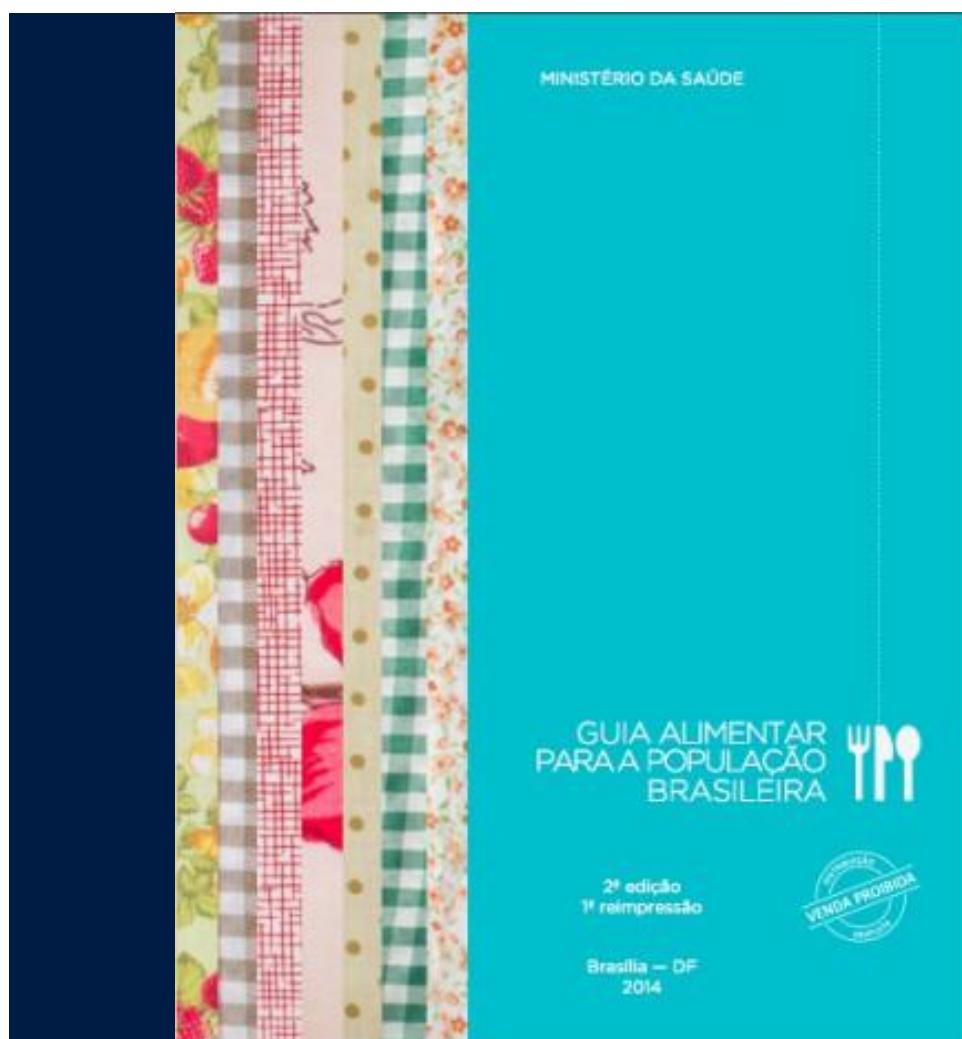
Com foco na promoção da alimentação adequada e saudável, o protocolo orienta intervenções que vão além da contagem de calorias, incentivando escolhas alimentares baseadas em alimentos in natura e minimamente processados, em sintonia com os princípios do cuidado humanizado e da integralidade na Atenção Primária à Saúde.

# Abordagem Nutricional e Dietética

Fluxograma direcional de conduta para orientação alimentar da pessoa adulta com obesidade, a partir dos Marcadores de Consumo Alimentar, retirado do Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira: Orientação Alimentar de Pessoas Adultas com Obesidade



# Abordagem Nutricional e Dietética



Para  
saber mais

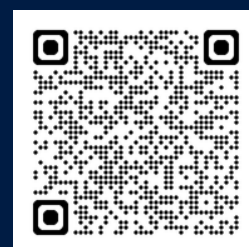
<https://www.gov.br/saude-libera-r-432-milhoes-para-implantacao-do-prontuario-eletronico-nos-postos-de-saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/perguntas-frequentes-amamentacao-e-covid-19.pdf>



# Abordagem Nutricional e Dietética



<https://www.gov.br/saude-libera-r-432-milhoes- para-implantacao-do-prontuario-eletronico-nos- postos-de-saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a- z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e- planos/perguntas-frequentes-amamentacao-e- covid-19.pdf>

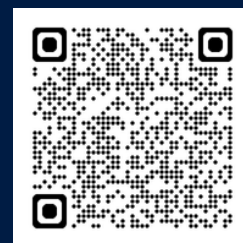


# Abordagem Nutricional e Dietética



Para  
saber mais

<https://www.gov.br/saude-libera-r-432-milhoes-para-implantacao-do-prontuario-eletronico-nos-postos-de-saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/perguntas-frequentes-amamentacao-e-covid-19.pdf>



## Abordagem Nutricional e Dietética

É essencial considerar fatores individuais no planejamento nutricional, incluindo idade, nível de atividade física, condições psicossociais, grau de escolaridade, hábitos culturais, estado fisiológico (como gestação ou lactação), doenças associadas, situação metabólica, além da disponibilidade de alimentos e condições socioeconômicas.

Dessa forma, não existe um modelo único de tratamento nutricional para todos os pacientes com SM, mas sim múltiplas estratégias possíveis (Alves, 2016). Apesar disso, os objetivos terapêuticos principais são comuns, e incluem:

- Reduzir a resistência à insulina e controlar a hiperglicemia, promovendo a normalização da utilização e produção de glicose;
- Melhorar a sensibilidade à insulina;
- Aumentar os níveis de colesterol HDL (colesterol "bom");
- Reduzir os níveis de colesterol LDL (colesterol "ruim") e triglicerídeos (TG);
- Manter ou alcançar valores adequados de pressão arterial (PA);
- Minimizar sintomas de descompensação metabólica;
- Prevenir complicações agudas;
- Retardar a progressão da aterosclerose;
- Promover a redução do peso corporal, com foco especial na gordura visceral;
- Atender às necessidades metabólicas em períodos específicos, como gestação, amamentação e convalescença;
- Garantir o crescimento e desenvolvimento saudáveis em crianças e adolescentes;
- Manter um estado nutricional adequado e sustentável;
- Desenvolver planos alimentares individualizados que priorizem qualidade de vida e bem-estar.



# Abordagem Nutricional e Dietética

## Avaliação Nutricional

A **avaliação nutricional** é essencial para determinar o diagnóstico nutricional e definir o planejamento do tratamento da obesidade e da síndrome metabólica e, portanto, deve ser completa.

Deve abranger **análise da ingestão alimentar, histórico clínico, familiar e social, situação socioeconômica, motivação para perda de peso, uso de medicamentos e suplementos, presença de alergias alimentares, prática de atividade física, além de comportamentos alimentares e ambiente alimentar.**

As medidas antropométricas incluem:

- **PESO CORPORAL**
- **ESTATURA**
- **ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)**
- **CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA (CC)**



Fonte: Freepik

O IMC é um maneira simples e acessível para classificar o estado nutricional, indicando sobrepeso quando entre **25** e **29,9 kg/m<sup>2</sup>** e obesidade quando igual ou superior a **30 kg/m<sup>2</sup>**.

A CC complementa o diagnóstico ao indicar a distribuição de gordura e o **risco cardiometabólico**. A **avaliação bioquímica e clínica** auxilia na personalização do tratamento.



Fonte: Google Imagens

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Avaliação Nutricional

A taxa metabólica de repouso (TMR) deve ser estimada com equações como **Harris-Benedict** ou **Mifflin-St. Jeor**, com base no peso atual. O **gasto energético total (GET)** é calculado multiplicando a TMR por um **fator de atividade física**, orientando a prescrição de uma dieta com balanço energético negativo.

**Tabela 1 – Fatores de Atividade Física para Cálculo do Gasto Energético Total (GET).**

Nível de Atividade Física	Descrição das Atividades	Fator de Atividade
<b>Sedentário</b>	Trabalho doméstico leve a moderado; atividades do cotidiano	$\geq 1,0$ e $< 1,4$
<b>Pouco ativo</b>	Caminhadas (6,4 km/h) + atividades do cotidiano	$\geq 1,4$ e $< 1,6$
<b>Ativo</b>	Ginástica aeróbica, corrida, natação, tênis + atividades do cotidiano	$\geq 1,6$ e $< 1,9$
<b>Muito ativo</b>	Ciclismo moderado, corrida, pular corda, tênis + atividades do cotidiano	$\geq 1,9$ e $< 2,5$

A análise da ingestão alimentar é fundamental tanto na prevenção como no tratamento e acompanhamento da doença e deve considerar não só a **quantidade e qualidade dos alimentos**, mas também a **forma que o indivíduo se alimenta** e os fatores que dificultam mudanças de comportamento. Deve-se atentar para variações sazonais, fins de semana, férias, bem como possíveis sub-relatos ou omissões alimentares.

Essa abordagem amplia a **adesão ao tratamento**, melhora a individualização da dietoterapia e contribui para escolhas alimentares baseadas em evidências, sem perder o prazer de comer.

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Densidade Energética da Dieta

A **densidade energética da dieta** (DED) se refere à quantidade de energia (kcal) por grama de alimento ou bebida.

**Alimentos ricos em gordura tendem a ter maior densidade energética** (9 kcal/g), enquanto os carboidratos e proteínas têm 4 kcal/g, e o álcool, 7 kcal/g.



Fonte: Google Imagens

Diets com alta DED estão associadas ao aumento do consumo calórico, ganho de peso, maior circunferência da cintura, resistência à insulina e **risco de síndrome metabólica**. Em contrapartida, estratégias que reduzem a DED demonstraram efeitos positivos sobre o controle do peso corporal.

**Reduzir a densidade energética da dieta** é uma **estratégia eficaz** e recomendada para o manejo do excesso de peso e da síndrome metabólica. Isso significa consumir alimentos que fornecem menos calorias por grama, mas que promovem maior saciedade.

Alimentos com **baixa densidade energética** incluem **frutas, hortaliças, leguminosas, cereais integrais e laticínios magros**. Esses alimentos são ricos em água e fibras, o que aumenta o volume da refeição e reduz a ingestão calórica total.



Fonte: Google Imagens



Fonte: Freepik

Já os alimentos com **alta densidade energética**, como **frituras, doces, fast-foods, embutidos, salgadinhos, queijos gordurosos, ultraprocessados e bebidas açucaradas**, devem ser evitados, pois favorecem o consumo excessivo de calorias.

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Densidade Energética da Dieta

Embora ainda não exista um ponto de corte universal para definir dietas de alta ou baixa DED, organismos internacionais como o **World Cancer Research Fund** recomendam uma média de até **1,25 kcal/g**, excluindo bebidas, como referência para controle de peso.



Fonte: Freepik

### Recomendações práticas para reduzir a densidade energética da dieta:

- Priorizar alimentos in natura e minimamente processados;
- Incluir vegetais e frutas nas refeições principais e lanches;
- Optar por preparações cozidas, assadas ou grelhadas, com uso moderado de gordura;
- Evitar frituras, doces, salgadinhos, embutidos e bebidas açucaradas;
- Reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados;
- Estimular o consumo de água ao longo do dia.

O aconselhamento nutricional baseado no consumo de alimentos e bebidas de baixa densidade energética associado ao déficit calórico é útil no tratamento da obesidade e da síndrome metabólica.

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Controle de Porções

O **tamanho da porção** refere-se à quantidade de alimentos ou bebidas servida e consumida em uma única ocasião. Nas últimas décadas, observou-se um crescimento significativo nas porções ofertadas especialmente de alimentos ultraprocessados e com alta densidade energética o que tem contribuído para o aumento da ingestão calórica e o ganho de peso.

O Guia Alimentar para a População Brasileira destaca que **embalagens superdimensionadas** e o **menor custo relativo** de produção de **alimentos ultraprocessados** são fatores que favorecem o consumo excessivo, impactando diretamente o risco de obesidade.



Fonte: Freepik

A porção é uma variável ambiental modificável, ou seja, pode ser ajustada como estratégia para prevenir e tratar o excesso de peso. Porções maiores, embalagens maiores ou louças maiores aumentam a ingestão de alimentos — sobretudo os mais calóricos. Essa influência ocorre de forma inconsciente e independe do sexo ou IMC. Além disso, dobrar o tamanho da porção pode aumentar o consumo, sendo esse efeito mais pronunciado em alimentos embalados.

### Esse fenômeno é explicado por mecanismos como:

- Ajuste automático à porção servida, ignorando sinais internos de fome e saciedade;
- Influência visual do tamanho do prato ou recipiente, conhecido como ilusão de Delboeuf (porções parecem menores em pratos grandes);

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Controle de Porções



Fonte: Freepik

- Maior velocidade de ingestão e mordidas maiores com porções aumentadas, dificultando o reconhecimento da saciedade;
- A percepção de “melhor custo-benefício” em porções grandes, levando a escolhas baseadas no volume, e não na necessidade fisiológica.
- Além disso, comer de forma distraída, como diante de telas, reduz a percepção da quantidade ingerida e pode aumentar o desejo de continuar comendo.

### Recomendações práticas para o controle de porções:

- Utilizar pratos e utensílios menores, que ajudam a reduzir automaticamente o volume servido;
- Servir-se uma única vez;
- Evitar comer diretamente da embalagem, preferindo servir as porções previamente;
- Incentivar o modelo do prato saudável ( $\frac{1}{2}$  hortaliças,  $\frac{1}{4}$  proteína,  $\frac{1}{4}$  carboidrato integral);
- Evitar distrações durante as refeições, como televisão e celular;
- Educar visualmente sobre porções adequadas, utilizando medidas caseiras (ex.: 1 palma da mão = porção de carne);
- Reduzir o consumo fora de casa, onde porções tendem a ser maiores;
- Reduzir o consumo de alimentos ofertados em grandes porções com baixo custo (salgadinhos, fast food, refrigerantes grandes, “refil”);
- Promover o comer com atenção plena (*mindful eating*), evitando distrações.

O controle do tamanho das porções pode auxiliar na redução do consumo excessivo de alimentos e bebidas, contribuindo como adjuvante no tratamento da obesidade.

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Café da Manhã (Desjejum)

O **café da manhã** é a primeira refeição do dia e faz parte das três refeições principais. No entanto, **seu consumo tem diminuído nas últimas décadas**, especialmente entre **adolescentes do sexo feminino**, influenciado por fatores como **falta de tempo, viver sozinho e preocupações com a imagem corporal**.

Diversos estudos mostram que pular o café da manhã está associado ao **aumento do IMC, da gordura corporal e do risco de obesidade e síndrome metabólica**, embora essa relação ainda possa ser influenciada por fatores como hábitos de sono, ritmo biológico e estilo de vida.



O nosso organismo possui relógios internos (ritmos circadianos) que regulam o metabolismo. Comer no início do dia, especialmente uma refeição equilibrada como o café da manhã, ajuda na **sincronização metabólica**, o que favorece o **equilíbrio hormonal**, a **sensibilidade à insulina** e o **controle do peso corporal**.

**Estudos apontam que pessoas que consomem café da manhã regularmente tendem a apresentar:**

- Menor IMC e menor percentual de gordura corporal;
- Melhores níveis de colesterol LDL e total;
- Maior probabilidade de manter um padrão alimentar saudável, com mais frutas, vegetais, fibras e menor consumo de ultraprocessados.

Além disso, consumir **mais calorias pela manhã e menos à noite** pode favorecer o **emagrecimento** e a **manutenção do peso**. Uma intervenção com mulheres com síndrome metabólica mostrou que aquelas que concentraram o consumo energético no início do dia perderam mais peso do que aquelas que comeram mais no final do dia.

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Café da Manhã (Desjejum)

**A qualidade dos alimentos consumidos também faz diferença:**

- Ovos, quando consumidos no café da manhã por pessoas com sobrepeso, foram associados a maior saciedade e menor ingestão calórica nas próximas refeições;
- Cereais integrais e alimentos ricos em fibras mostraram efeitos positivos sobre a saciedade e redução da fome.



Fonte: Google Imagens

Contudo, os benefícios específicos de certos alimentos no café da manhã (como ovos ou grãos integrais) ainda são objeto de estudo, e seus efeitos podem estar mais ligados à composição nutricional do que ao horário em que são consumidos.

### **Recomendações práticas para o café da manhã**

- Evitar pular o café da manhã, especialmente em indivíduos com risco de síndrome metabólica.
- Incluir fontes de proteína magra, como ovos ou iogurte natural.
- Priorizar alimentos ricos em fibras, como frutas, aveia e pães integrais.
- Evitar alimentos ultraprocessados, como bolachas recheadas, salgadinhos e bebidas açucaradas.
- Valorizar o café da manhã como oportunidade de incluir cálcio, proteínas e fibras na alimentação diária.

O café da manhã pode não representar papel causal direto no ganho ou perda de peso.

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Frutas, Verduras e Legumes

De acordo com levantamento nacional do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), estima-se que a ingestão de frutas e hortaliças com frequência em 5 dias da semana ocorra em 34,3% na população.



Fonte: Freepik

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, como parte de um padrão alimentar saudável, o consumo de baixo teor de açúcares, gorduras saturadas e sódio, além da **ingestão diária de ao menos 400g de frutas, verduras e legumes** (excluindo-se batatas e outros tubérculos ricos em amido), o que equivale ao consumo diário de **5 porções** desses alimentos.

Frutas, verduras e legumes contribuem de forma significativa à nutrição humana, sendo considerável fonte de micronutrientes, fitoquímicos e fibras alimentares. A **baixa ingestão desses alimentos** está inversamente associada ao **aumento no risco de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)**, incluindo **doenças cardiovasculares (DCVs)** e **certos tipos de câncer**.

O consumo de frutas na forma sólida influencia em maior extensão o estado de saciedade. Em adição, a ingestão de frutas e verduras em formas líquidas parece facilitar a ingestão excessiva e predispor ao ganho de peso em comparação às formas sólidas desses alimentos.



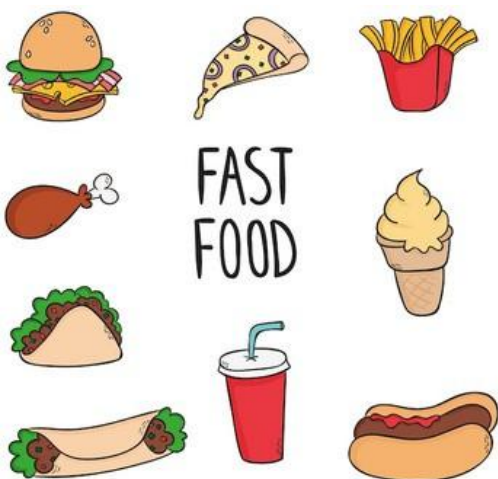
### RECOMENDAÇÃO

Estimular o consumo de frutas na forma in natura, verduras e legumes, associado à dieta hipocalórica, contribui para o melhor controle do peso e o tratamento da obesidade.

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Fast-Food

O termo **fast-food** se refere a **refeições preparadas fora de casa**, de conveniência e projetadas a ser **prontamente disponíveis para consumo**, cujo processo de produção geralmente se mostra altamente mecanizado.



Frequentemente, refeições típicas de fast-food são servidas em grandes porções, caracterizadas por perfil nutricional desfavorável, contendo excesso de gordura saturada e/ou trans, açúcares e sódio.

Exemplos podem incluir, dentre outros, **hambúrguer, batata-frita, pizza, cachorro-quente, preparações fritas, como nuggets, e bebidas ricas em açúcar**, tais como **refrigerante e milkshake**, comercializados a um preço relativamente baixo.

O Guia Alimentar para a População Brasileira destaca que restaurantes fast-food consistem em locais particularmente **inapropriados para o consumo**, sendo os consumidores **induzidos a comer rapidamente e sem atenção**, concomitantemente à oferta escassa de alimentos in natura ou minimamente processados.




### RECOMENDAÇÃO

O consumo de refeições de restaurantes fast-food com alto teor de açúcares, sódio, gordura saturadas e/ou trans deve ser limitado, sendo consumido ocasionalmente em porções adequadas.

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Bebidas Adoçadas

As **bebidas adoçadas** contribuem com o **balanço energético positivo** e são reconhecidas por sua forte associação com aumento de peso, contribuindo com a **epidemia mundial da obesidade**, representando um grave problema de saúde pública.



Fonte: Freepik

As bebidas adoçadas representam umas das principais fontes de açúcar na dieta e incluem **refrigerantes, bebidas não carbonatadas, sucos de frutas, chás e bebidas esportivas**. Evidências robustas da literatura indicam que por induzirem aumento significativo de peso, as bebidas adoçadas também representam risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). No entanto, o consumo habitual de bebidas adoçadas também foi associado com maior incidência de DM2, independentemente do grau de adiposidade. Além disso, **contribuem com maior risco para doenças cardiovasculares**.

O principal açúcar de adição utilizado nas bebidas adoçadas no Brasil é a **sacarose**, formada por uma **molécula de glicose e uma de frutose**. Sua fonte mais comum é a **cana de açúcar**. O excesso do consumo de frutose proveniente tanto da sacarose ou do xarope de milho induzem elevação da concentração plasmática de triglicérides, por ativar vias lipogênicas hepáticas por meio do Carbohydrate Responsive Element Binding Protein (ChREBP), fator de transcrição, que induz síntese de enzimas lipogênicas hepáticas envolvidas na síntese de ácidos graxos.

As bebidas adoçadas ou mesmo suco de frutas não adoçados **contribuem com aumento do consumo calórico e de peso corporal**, além de contribuir com **aumento de fatores de risco cardiovascular**, conforme observado entre crianças, adolescentes, adultos e idosos. Assim, o consumo de sucos deve ser desestimulado, mesmo não adoçados, para a prevenção e tratamento da obesidade.

O Guia Alimentar para a População Brasileira e o Guia Alimentar Americano (2020 - 2025) **recomendam limite no consumo** de açúcares, bebidas adoçadas e sucos de frutas, mesmo não adoçados. **Os sucos nem sempre proporcionam os mesmos benefícios da fruta inteira, que é uma importante fonte de fibras e outros nutrientes essenciais.**



SUCO DE FRUTA É TÃO SAUDÁVEL QUANTO A FRUTA INTEIRA

O SUCO DE FRUTA CONTÉM MENOS FIBRAS QUE A FRUTA INTEIRA, O QUE PODE LEVAR A UM AUMENTO MAIS RÁPIDO DO AÇÚCAR NO SANGUE.

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Adoçantes

**Adoçantes** ou **edulcorantes** são definidos como “**uma substância diferente dos açúcares que confere sabor doce ao alimento**” e podem ser classificados como nutritivos ou não nutritivos.

Os **adoçantes nutritivos** englobam os **polióis** como *eritritol, isomaltitol, lactitol, maltitol, manitol, sorbitol e xilitol*. Estes contêm menos calorias do que o açúcar, porém o poder edulcorante varia entre 45% e 100% em relação ao do açúcar.

Por outro lado, os **adoçantes não nutritivos** como *aspartame, acessulfame de potássio (acessulfame-K), ciclamato de sódio, neotame, sacarina sódica, sucralose, stevia e taumatina* contêm muito poucas calorias ou são isentos de calorias e possuem um poder edulcorante muito maior do que o do açúcar.

**IDA** é a quantidade estimada do aditivo alimentar, que pode ser consumida diariamente por toda a vida sem trazer prejuízos à saúde do indivíduo. Ela é expressa em miligramas (mg) por quilo (kg) de peso corporal.

**Figura 1 - Características relacionadas ao valor energético, poder de dulçor e IDA dos edulcorantes**

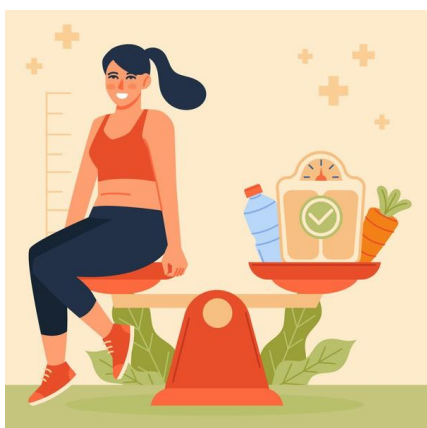
EDULCORANTE	KCAL/G	PODER DE DULÇOR	IDA (MG/KG/DIA)
Acessulfame-K	0	200 vezes	15
Aspartame	4,0	160 a 200 vezes	40
Ciclamato de sódio	0	30 a 50 vezes	11
Neotame	0	7000-13000 vezes	2
Sacarina sódica	0	300 vezes	5
Stevia (steviol)	0	250 vezes	15
Sucralose	0	600 vezes	4
Taumatina	4,0	2000 vezes	-
Eritritol	0,2	60-80%	-
Isomaltitol	2,0	45-65%	-
Lactitol	2,0	30-40%	-
Maltitol	2,1	90%	-
Manitol	1,6	50-70%	-
Sorbitol	2,6	50-70%	-
Xilitol	2,4	igual	-

Os indivíduos devem ser orientados a **reduzir bebidas adoçadas, tanto com açúcar como com adoçantes**. Sugerem a importância de indicar outras alternativas, enfatizando a **hidratação correta pela ingestão de água**.

Não há evidências conclusivas sobre a perda de peso apenas com uso de adoçantes, sem escolhas alimentares saudáveis acompanhada de déficit calórico.

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Dieta de baixa caloria (LCD)



Fonte: Freepik

A conduta dietética no tratamento da obesidade tem como principal objetivo gerar um balanço energético negativo, que ocorre quando a ingestão de energia é menor do que o gasto energético diário.

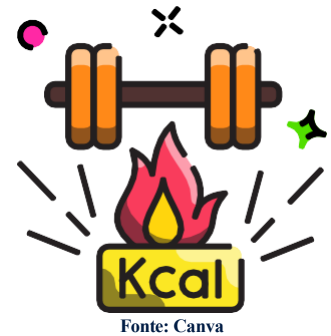
A restrição calórica é uma estratégia eficaz e considerada tratamento de primeira linha para indivíduos com sobrepeso e obesidade. As dietas de baixa caloria (LCD) caracterizadas por uma baixa ingestão energética, geralmente **>800 kcal/dia**, balanceada em carboidratos, proteínas e gorduras. normalmente varia de aproximadamente **1.200 a 1.500 kcal/dia para mulheres e 1.500 a 1.800 kcal/dia para homens**. A dieta de baixa caloria tem como **meta reduzir entre 500 a 750 kcal/dia em relação ao gasto energético total**.

Assim, as dietas de baixa caloria são fundamentais para o tratamento da obesidade, sendo indispensável que o plano alimentar esteja alinhado com a mudança no estilo de vida.

# Abordagem Nutricional e Dietética

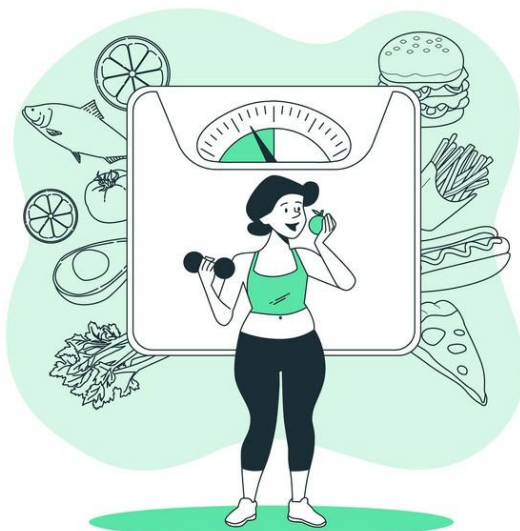
## Dieta de muito baixas calorias (VLCD)

Dietas de muito baixa caloria (VLCDs) não constituem a primeira linha de intervenção no tratamento da obesidade, sendo reservadas para casos específicos e sob supervisão multiprofissional, especialmente médico e nutricional.



As VLCD recebem esse nome por fornecerem **<800 kcal/dia** contêm elevada quantidade de proteína (**70 a 100 g/dia ou 0,8 a 1,5g de proteína/kg de peso corporal ideal/ dia**) e **baixo teor de carboidratos**, para estimular a perda de peso com perda mínima de tecido magro e **suplementado com vitaminas, minerais, eletrólitos e ácidos graxos essenciais**. Geralmente ocorre a substituição parcial ou total de refeições e lanches por shakes, sopas e barras.

Diretrizes internacionais recomendam que as VLCD sejam restritas as pessoas com IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> que necessitem de perda rápida de peso por motivos clínicos específicos, como preparação para cirurgia bariátrica, colocação de prótese ou tratamentos de fertilidade.



Pode-se afirmar que as VLCDs são eficazes para perda de peso em curto prazo em comparação às LCDs, mas não é observada sua eficiência a longo prazo.

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Padrões alimentares e obesidade

Padrões alimentares podem ser definidos como quantidade, proporção, variedade ou combinação de diferentes alimentos e bebidas que compõem a dieta e a frequência com que são habitualmente consumidos.

Já se encontra bem estabelecido na literatura que padrões alimentares que combinam diferentes alimentos de grupos variados são mais eficientes na prevenção e tratamento de doenças como a obesidade, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e doença cardiovascular.

Os mais conhecidos e estudados são o padrão Mediterrâneo e o Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH).

## Dieta do Mediterrâneo

- Essa dieta contempla o consumo de frutas, hortaliças, grãos integrais, oleaginosas, azeite de oliva, peixes, carnes magras e laticínios desnatados.
- Foi observado menor risco de mortalidade cardiovascular entre as populações que seguiam esse padrão alimentar, foi observado também melhora da glicemia, resistência a insulina, peso corporal e inflamação.
- A dieta do Mediterrâneo fornece grande quantidade de antioxidantes, como os polifenóis, que compreendem o ácido hidroxicinâmico, flavonóides (quercitina e catequina), resveratrol, oleuropeína e hidroxitirosol, os quais exibem atividade antioxidante e anti-inflamatória mediados pelo NF-κB.

## Dieta DASH

- Essa dieta tem como particularidade menor percentual de gordura e restrição de sódio, frutas, vegetais, grãos integrais.
- Essa dieta foi criada como estratégia para reduzir a HAS.
- Esse padrão alimentar foi associado a menor incidência de doença cardiovascular, acidente vascular cerebral, HAS, DM2 e obesidade
- A dieta DASH fornece alimentos com baixa calorias como alimentos in natura, restrição de sódio, que promovem a redução da PA e resistência a insulina.

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Dieta baseada em vegetais (Plant-based diet) e dieta vegetariana

O padrão alimentar plant-based objetiva aumentar o consumo de alimentos de origem vegetal e reduzir a ingestão dos alimentos processados, gorduras e alimentos de origem animal.

A alimentação vegetariana é considerada equilibrada, nutricionalmente adequada e apropriada para todas as fases da vida, quando feita com planejamento e acompanhamento profissional.

**Figura 2 - Diferentes formas de alimentação vegetariana**

TIPO DE ALIMENTAÇÃO	CARACTERÍSTICA	
	ACADEMIA AMERICANA DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (2016) <sup>4</sup>	SOCIEDADE VEGETARIANA BRASILEIRA (2018) <sup>5</sup>
Vegetariana	Pode ou não incluir alimentos de origem animal (ovos, laticínios)	Exclui de sua alimentação todos os tipos de carne, aves e peixes e seus derivados, podendo ou não utilizar laticínios ou ovos
Ovolactovegetariana	Inclui ovos e laticínios	Inclui ovos e laticínios
Lactovegetariana	Inclui laticínios, mas não ovos	Inclui laticínios, mas não ovos
Ovovegetariana	Inclui ovos, mas não laticínios	Inclui ovos, mas não laticínios
Vegana	Exclui qualquer produto de origem animal (ovos, laticínios, peixes e também alimentos como mel)	A Sociedade Vegetariana Brasileira define como vegano o indivíduo, e não a alimentação
Vegetariana estrita	Equivalente ao termo dieta vegana	Não inclui carne, ovos, mel, laticínios e produtos que incluam derivados animais entre os ingredientes, como gelatina, albumina, proteínas do leite, alguns corantes e espessantes. É o tipo de alimentação adotado por indivíduos veganos
Vegana Crua	Baseada em verduras, legumes, frutas, oleaginosas, sementes e grãos e leguminosas germinados, com proporção de alimentos crus variando de 75 a 100%	Não inclui esta definição

Um estudo conduzido no Brasil por Hargreaves *et al.* (2020), afirmou que a motivação para um indivíduo se tornar vegetariano não é necessariamente relacionado à saúde, mas a questão ética/moral e a preocupação com o impacto ambiental.

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Dieta baseada em vegetais e vegetariana na obesidade

Estudos observacionais e ensaios clínicos revisados apontaram que as dietas vegetarianas foram associadas com menores valores médios de IMC, menor risco de doenças cardíacas, hipertensão arterial sistêmicas, diabetes mellitus e obesidade. Os estudos constataram que as dietas vegetarianas apresentaram maior efeito na redução de peso em comparação a indivíduos que consumiam dietas não vegetarianas.



Fonte: Freepik

Segundo o Guia Alimentar Americano (2020), é possível adotar um padrão alimentar vegetariano equilibrado por meio da inclusão de proteínas de origem vegetal. No entanto, existe preocupação quanto a ingestão de vitamina B12, que está presente somente em alimentos de origem animal. O plano alimentar deve contemplar vegetais ricos em ferro, zinco, cálcio e ômega-3, como também estratégias que aumentem a biodisponibilidade desses nutrientes, e incluir a suplementação de B12 para vegetarianos estritos, como gestantes, lactantes, crianças e ovolactovegetarianos que consomem ovos e laticínios com pouca frequência.



Fonte: Freepik

Portanto, a dieta vegetariana ou baseada em vegetais, pode ser uma opção para prevenção e tratamento da obesidade, se for compatível com a motivação do indivíduo e planejada por um profissional capacitado.

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Substitutos de refeição


De acordo com portaria aprovada em 1998 pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, o desenvolvimento de produtos destinados a ser utilizados como substitutos de refeições (SR) devem: **fornecer quantidades de macronutrientes e micronutrientes essenciais**, além de respeitar o valor energético para o qual foram destinados (redução, manutenção ou ganho de peso)



Fonte: Freepik

Assim, **os substitutos de refeição podem fazer parte de uma alimentação saudável**, principalmente para indivíduos que precisam da conveniência e praticidade proporcionada pelos SR. Porém, deve ser uma indicação individual, de acordo com a rotina e hábitos do paciente, sempre levando em consideração:

- O custo dos substitutos de refeição
- Seu efeito na saciedade (que pode ser diferente de indivíduo para indivíduo)



Ao indicar o SR, é fundamental ter atenção à composição do produto, devendo-se evitar os com alto teor de açúcares, como maltodextrina (exceto a maltodextrina modificada, de absorção lenta), sacarose e frutose, alto teor de gorduras saturadas e/ou trans e baixo teor de fibras.

Por fim, é importante ressaltar que o benefício do uso dos SR é evidenciado principalmente em estudos com até 1 ano de seguimento, **sendo necessários mais estudos que avaliem seu efeito em longo prazo.**

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Dietas com baixo teor de carboidrato - Low Carb

A obesidade é uma doença complexa, portanto seu tratamento não é simples. Assim, surgem diversas propostas de abordagem a fim de aumentar o número de estratégias para combater essa doença. Uma dessas propostas é a dieta com restrição de carboidratos.

A dieta low carb **induz redução de peso em estudos de curta a média duração (3-6 meses)** e parece ser segura em curto prazo, podendo estar relacionada à restrição da opção de alimentos, monotonia e simplicidade da dieta, além do efeito mais potente da proteína na saciedade.

Porém, **a dieta low carb não induz maior perda de peso em relação a outros tipos de dieta em estudos de longa duração.** Além disso, são necessários estudos mais longos e com amostras maiores para que seja possível avaliar o equilíbrio energético, a composição corporal, os efeitos adversos, os fatores de risco cardiovascular e de diabetes, a saúde óssea e renal e garantir a adequação nutricional durante a fase de manutenção de peso.



Fonte: Freepik



**CARBS**

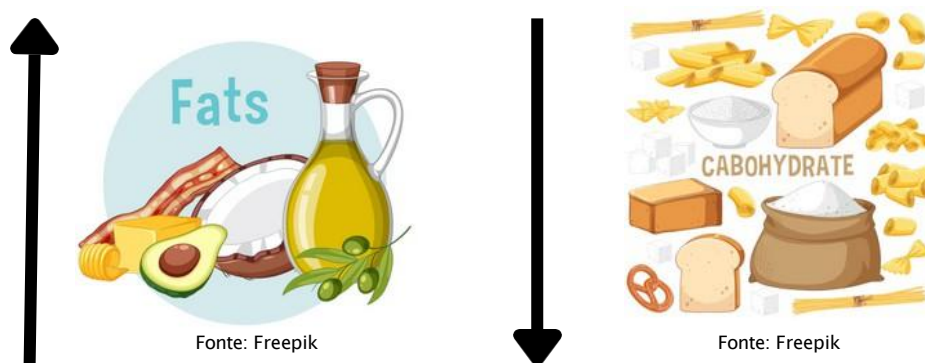
Fonte: Freepik

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Dieta Cetogênica

Nos últimos anos, a dieta cetogênica voltou a ganhar notoriedade como estratégia para o tratamento da obesidade<sup>1</sup> e diabetes mellitus tipo 2 (DM2), possivelmente em razão da propagação de dietas que promovem rápido emagrecimento em curto prazo, como a low carb, paleolítica e Atkins

**Caracterizada por aumento expressivo do conteúdo de gorduras em detrimento da baixa quantidade de carboidratos, favorece a produção de corpos cetônicos.** No entanto, apesar de seu efeito agudo na perda de peso ter sido observado em alguns estudos, é importante avaliar prováveis riscos, possíveis benefícios e a sua aplicabilidade, para reduzir ou evitar possíveis prejuízos aos pacientes.



É importante enfatizar que os efeitos indesejáveis da dieta cetogênica incluem: baixo consumo de fibras e grãos integrais, desidratação, hipoglicemia, letargia, halitose, náuseas, vômitos, alopecia, entre outros. Além disso, a dieta cetogênica promove aumento das LDL-c, podendo elevar o risco cardiovascular em longo prazo. Outro efeito colateral importante do seguimento de dieta cetogênica é a ocorrência de cetoacidose em indivíduos portadores de DM1, que pode se instalar em poucos dias após o início dessa dieta.

Além disso, a dieta cetogênica se associa a efeitos negativos sobre a microbiota intestinal, uma vez que induz menor diversidade microbiana em função do baixo teor de alimentos fontes de carboidratos ricos em fibras, promovendo menor produção de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC).

Por ser uma dieta muito radical, induzir diminuição de massa magra, não promover alimentação balanceada, com equilíbrio entre os macro e micronutrientes e não favorecer aderência a hábitos alimentares saudáveis, **a dieta cetogênica não deve ser recomendada para o tratamento nutricional da obesidade.**

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Dieta de baixo índice glicêmico

O conceito de índice glicêmico (IG) foi introduzido em 1981, com a finalidade de classificar os alimentos de acordo com o seu efeito sobre a glicemia pós- prandial. O Índice glicêmico é uma medida fisiológica sobre o impacto que o tipo de carboidrato alimentar exerce sobre a elevação da glicemia.

O IG classifica os alimentos fontes de carboidratos de acordo com a magnitude da elevação da glicemia induzida em comparação com uma quantidade padrão (50g) de um alimento referência (glicose pura ou pão branco). Assim, alguns autores classificam o IG dos alimentos como baixo ( $\leq 55$ ), médio (56-69) ou alto ( $\geq 70$ ).

Já a carga glicêmica de um alimento é calculada pela multiplicação do IG pela disponibilidade de carboidratos (g) de uma porção, dividido por 100.



Fonte: Freepik

Com base nos resultados de estudos de coorte observacionais e metanálise de estudos controlados e randomizados, as **evidências são escassas** para afirmar que alimento/refeição com baixo IG é superior ao de alto IG para a perda de peso.

Assim, apesar de a qualidade dos carboidratos, especialmente relacionada ao conteúdo de fibras, impactar favoravelmente em diversos desfechos cardiometabólicos, **o IG como uma medida de qualidade do carboidrato parece ser um determinante de pouca importância para o peso corporal e para a perda de peso e prevenção da obesidade.**

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Influência do horário e da frequência de consumo alimentar na obesidade

Nos últimos anos, dietas que propõem restrição intermitente do consumo de calorias (jejum intermitente) vêm sendo apontadas como estratégia para a perda de peso e melhora do perfil metabólico e têm ganhado popularidade e espaço tanto na mídia como entre pacientes.



Fonte: Freepik

Jejum intermitente (JI) é o termo utilizado para planos que alternam períodos de ingestão livre com períodos (16-24h) de abstinência alimentar ou restrição severa da ingestão de calorias (consumo de 25% das necessidades energéticas normalmente em refeição única realizada em janela alimentar), ou planos que determinam janela alimentar (4-8 h/dia) na qual o consumo calórico é ad libitum, seguido de jejum no restante das horas.

É importante salientar que o JI não prevê mudança de hábito alimentar ou adoção de padrão alimentar saudável, restringindo apenas a frequência e/ou horário de consumo de calorias. Além disso, grande parte dos estudos que avaliaram o impacto do JI na perda de peso é conduzida sem grupo controle, com pequeno número de participantes e por curto período de duração (<3 meses).

Independentemente do número de refeições a serem feitas, é importante promover hábito alimentar saudável, adequando o valor calórico total às necessidades do indivíduo, sejam elas manutenção ou perda de peso. É fundamental que o plano alimentar proposto seja compatível com o estilo de vida de cada paciente.



Fonte: Freepik

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Influência do horário e da frequência de consumo alimentar na obesidade



Fonte: Freepik

Esquemas alimentares que dificultam a rotina do indivíduo, o convívio social ou que não se enquadrem ao seu estilo de vida tendem a ter sucesso por curto período, facilitando o reganho de peso.

Ainda, a abordagem profissional deve auxiliar o indivíduo na mudança de estilo de vida, na promoção de hábitos saudáveis e prática de atividade física, bem como na elaboração de estratégias que facilitem a aderência ao plano alimentar, a fim de promover perda de peso sustentável em longo prazo.

A restrição intermitente do consumo de calorias apresenta resultados de perda de peso semelhantes a planos alimentares com restrição calórica diária.

A perda de peso é induzida pelo déficit calórico alcançado e não pelo período de jejum ou pelo número de refeições diárias.

O consumo tardio do maior percentual das calorias diárias pode impactar negativamente o peso corporal.



Fonte: Freepik

# Abordagem Nutricional e Dietética

## Comportamento

As abordagens comportamentais e cognitivas têm se mostrado fundamentais no tratamento do sobrepeso e da obesidade, indo além da simples orientação alimentar. Estratégias como a **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)**, **Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)**, **Terapia Comportamental Dialética (DBT)** e as **intervenções baseadas em mindfulness (MBIs)**, incluindo o **mindful eating**, atuam diretamente sobre padrões de pensamento, emoções e comportamentos que influenciam a alimentação.

Essas terapias demonstram eficácia na redução da compulsão alimentar, do comer emocional e da insatisfação corporal, promovendo melhor adesão ao tratamento e maior sustentabilidade na perda de peso.

A **Entrevista Motivacional (EM)** também se destaca como ferramenta relevante para o manejo da obesidade, especialmente na Atenção Primária à Saúde. Essa abordagem favorece o engajamento dos indivíduos por meio do fortalecimento da motivação intrínseca e da resolução de ambivalências diante das mudanças de comportamento necessárias. Quando associada a outras intervenções, a EM tende a potencializar os resultados, contribuindo para mudanças mais duradouras no estilo de vida. Dessa forma, fica evidente a importância de estratégias que considerem os aspectos emocionais e comportamentais, com atuação multiprofissional e suporte contínuo ao paciente (Pepe *et al.*, 2022).



Fonte: Freepik

# Abordagem Nutricional e Dietética

**Quadro 10 - Estratégias comportamentais para o manejo de Síndrome Metabólica**

Terapia/Abordagem	Descrição	Resultados e Evidências
<b>Terapias Comportamentais e Cognitivas</b>	Intervenções que alteram comportamentos e/ou padrões de pensamento disfuncionais. Incluem TCC, ACT, DBT, MBI, Terapia do Esquema e TFC.	São mais eficazes do que apenas fornecer informações sobre alimentação. Ajudam a desenvolver habilidades para perda e manutenção de peso.
<b>Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)</b>	Bem estabelecida para transtornos alimentares. Trabalha padrões cognitivos e comportamentais ligados à alimentação.	- Perda de >5% do peso inicial em 20% dos pacientes após 12 meses- Perda média de 11,5% em 6 meses e 9,9% em 18 meses- Redução significativa de compulsão e comer emocional
<b>Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)</b>	Foca na aceitação de emoções e compromissos com valores pessoais. Reduz a desinibição alimentar e estigma.	- Perda de 4,1% em 24 meses- 13% de perda média em um estudo com 25 sessões; 64% mantiveram 10% de perda após 12 meses- Sustentação da perda e aumento de satisfação corporal
<b>Terapia Comportamental Dialética (DBT)</b>	Similar à TCC. Trabalha regulação emocional e impulsos.	Mostrou maior efeito na redução de comportamentos alimentares desordenados (ex: compulsão). Efeitos sobre perda de peso ainda não são conclusivos.
<b>Entrevista Motivacional (EM)</b>	Abordagem centrada no indivíduo para promover mudança através da motivação intrínseca e resolução de ambivalências.	Reforça o comprometimento com a mudança. Ajuda a superar resistências típicas do processo de emagrecimento e mudanças de estilo de vida.

Fonte: Pepe *et al.*, 2022.



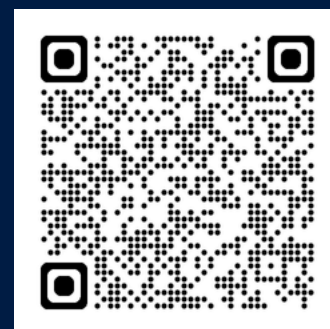
# Abordagem Nutricional e Dietética

Todo o conteúdo apresentado neste capítulo foi fundamentado no Posicionamento Oficial da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), publicado em 2022. Este documento representa uma importante diretriz científica e clínica para o manejo da obesidade e suas comorbidades, reunindo as mais recentes evidências disponíveis sobre diagnóstico, tratamento e estratégias de prevenção. Ao utilizar esse posicionamento como base, garantimos que as recomendações aqui descritas estejam alinhadas com as melhores práticas reconhecidas nacionalmente e respaldadas por especialistas da área.



Para  
saber mais

<https://www.gov.br/saude-libera-r-432-milhoes-para-implantacao-do-prontuario-eletronico-nos-postos-de-saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/perguntas-frequentes-amamentacao-e-covid-19.pdf>



# 6 Atividade Física e Estilo de Vida Saudável

# Atividade Física e Estilo de Vida Saudável

A SM afeta aproximadamente 20% a 35% da população adulta mundial, configurando-se como a disfunção metabólica de maior prevalência. Em crianças e adolescentes, sua ocorrência pode atingir até 38,5%, variando conforme os critérios diagnósticos adotados e o contexto geográfico. Entre os principais fatores de risco associados ao seu desenvolvimento estão o excesso de peso, a inatividade física e padrões alimentares inadequados. Nesse cenário, a prática regular de atividade física destaca-se como uma estratégia eficaz no controle da SM, contribuindo para a redução do índice de massa corporal (IMC), aprimoramento da aptidão cardiovascular e melhora dos parâmetros clínicos relacionados à síndrome (Lima; Figueiredo; Safatle, 2022).

A adoção de uma rotina regular de atividade física por pessoas com Síndrome Metabólica tem mostrado efeitos benéficos significativos, como a melhora do perfil lipídico, a redução da pressão arterial, a diminuição do peso corporal e da circunferência abdominal, além do auxílio no controle dos níveis de glicose no sangue. A prática consistente de exercícios também promove ganhos na capacidade cardiorrespiratória e na estabilidade das funções hemodinâmicas, fatores que contribuem diretamente para a diminuição da prevalência e da gravidade dos distúrbios associados à SM (Pereira, 2020).

## Quadro 11 - Benefícios da atividade física na Síndrome Metabólica

Aspecto	Descrição
<b>Tipo de Exercício</b>	Exercícios aeróbicos (ex.: corrida), que utilizam oxigênio como fonte de energia e são praticados por períodos prolongados.
<b>Efeitos Metabólicos</b>	Aumentam a atividade da lipase hormônio-sensível (LHS) e a densidade mitocondrial, favorecendo a oxidação de lipídios e a perda de gordura corporal.
<b>Adiponectina</b>	Pessoas ativas apresentam níveis mais elevados de Adiponectina, hormônio que regula o metabolismo e o apetite, resultando em maior controle da ingestão calórica e metabolismo acelerado.
<b>Inflamação Sistêmica</b>	A atividade física reduz a inflamação crônica associada à obesidade ao diminuir a produção de citocinas pró-inflamatórias e aumentar a Adiponectina.
<b>Função Celular</b>	Os exercícios restauram vias de sinalização celular, melhorando a captação de glicose e a utilização de ácidos graxos como fonte de energia.
<b>Combinação de Treinos</b>	A combinação de exercícios aeróbicos com o treinamento de resistência favorece a perda calórica, melhora o metabolismo e contribui para o controle da obesidade e da SM.

Fonte: Maia; Navarro, 2017; Morales-Palomo *et al.*, 2019 Nunes *et al.*, 2020.

# Atividade Física e Estilo de Vida Saudável

A prática de atividade física por adultos, principalmente no lazer, proporciona oportunidades para uma vida mais saudável, contribuindo para a melhora da qualidade de vida. Alguns estudos recomendam atividades físicas, sobretudo aeróbias, como caminhar, correr, nadar e andar de bicicleta, como fator protetor para a síndrome metabólica. Estudos sugerem que ser fisicamente ativo possui relação direta com menor percentual de síndrome metabólica (Santos *et al.*, 2020).

**Atividade física** é um comportamento que envolve os movimentos voluntários do corpo, com gasto de energia acima do nível de repouso, promovendo interações sociais e com o ambiente, podendo acontecer no tempo livre, no deslocamento, no trabalho ou estudo e nas tarefas domésticas (Brasil, 2021).



Fonte: Freepik

## Você sabia que as atividades físicas podem ser feitas em diferentes intensidades?

**Leve:** exige mínimo esforço físico e causa pequeno aumento da respiração e dos batimentos do seu coração. Numa **escala de 0 a 10**, a **percepção de esforço é de 1 a 4**. Você vai conseguir respirar tranquilamente e conversar normalmente enquanto se movimenta ou até mesmo cantar uma música.

**Moderada:** exige mais esforço físico, faz você respirar mais rápido que o normal e aumenta moderadamente os batimentos do seu coração. Numa **escala de 0 a 10**, a **percepção de esforço é 5 e 6**. Você vai conseguir conversar com dificuldade enquanto se movimenta e não vai conseguir cantar.

**Vigorosa:** exige um grande esforço físico, faz você respirar muito mais rápido que o normal e aumenta muito os batimentos do seu coração. Numa **escala de 0 a 10**, a **percepção de esforço é 7 e 8**. Você não vai conseguir nem conversar enquanto se movimenta.

# Atividade Física e Estilo de Vida Saudável

A **atividade física no tempo livre** é feita no seu tempo disponível ou no lazer, baseada em preferências e oportunidades. Você pode caminhar, correr, empinar pipa, dançar, nadar, fazer trilha, pedalar, surfar, pular corda, jogar futebol, vôlei, basquete, bocha, tênis, peteca, taco/bete, frescobol, praticar ginástica, musculação, hidroginástica, artes marciais, capoeira, yoga, ou participar de brincadeiras e jogos, como esconde-esconde, pega-pega, saltar elástico, queimada/baleado/carimba/caçador, entre outras.

A **atividade física no deslocamento** é feita como forma de deslocamento ativo para ir de um lugar a outro. Você pode caminhar, manejar a cadeira de rodas, pedalar, remar, patinar, andar a cavalo, de skate ou de patinete (sem motor), entre outras.

A **atividade física no trabalho ou estudo** é feita no trabalho e em atividades educacionais, para desempenhar suas funções laborais ou de estudo. Você pode plantar, capinar, colher, caminhar, correr, pedalar, limpar, varrer, lavar, ordenhar, carregar objetos, participar das aulas de educação física, brincar no recreio ou intervalo entre as aulas e, também, antes ou depois das aulas, entre outras.

A **atividade física nas tarefas domésticas** é feita para o cuidado do lar e da família. Você pode cuidar das plantas, cortar a grama, fazer compras, dar banho na criança, no idoso, na pessoa que requer cuidados ou no animal de estimação, varrer, esfregar ou lavar, entre outras



# Atividade Física e Estilo de Vida Saudável

Os programas de exercício físico devem ser individualizados, considerando fatores como **faixa etária, nível de condicionamento, preferências pessoais e presença de comorbidades**. Para iniciantes, é aconselhável começar com atividades leves e de curta duração, aumentando progressivamente a intensidade e o tempo conforme ocorre a adaptação física. Em casos de limitações específicas, como dores articulares ou dificuldades de mobilidade, atividades com menor impacto, como hidroginástica ou natação, podem representar alternativas mais seguras e eficazes (Passos *et al.*, 2023).

A orientação geral é que os indivíduos engajem-se em pelo menos 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade de alta intensidade por semana (Passos *et al.*, 2023).

Os impactos positivos da prática regular de atividade física para a saúde geral são amplamente reconhecidos. Em homens, por exemplo, um aumento de um equivalente metabólico na aptidão física está relacionado a uma redução de 13% na mortalidade por todas as causas. Embora a alimentação equilibrada e a perda de peso sejam componentes importantes, o exercício físico deve ser considerado uma estratégia central no controle da SM (Colombor *et al.*, 2013).



A prática regular de exercícios pode contribuir significativamente para a diminuição da pressão arterial, redução da necessidade de insulina, diminuição da gordura corporal total, menor agregação e adesão plaquetária, além de melhorar os níveis de triglicerídeos e aumentar o HDL-colesterol (Colombor *et al.*, 2013; Pereira Junior *et al.*, 2013; França; Souza; Marques; 2017).

# Atividade Física e Estilo de Vida Saudável

É determinante para aumentar o gasto de calorías. Sua prática regular está relacionada com uma série de benefícios:

## Benefícios da prática de atividade física

Melhora da capacidade cardiovascular e respiratória, resistência física e muscular, densidade óssea e da mobilidade articular

Melhora da pressão arterial em hipertensos

Melhora do nível de colesterol, da tolerância à glicose e da ação da insulina

Melhora do sistema imunológico

- Estimule atividades ao ar livre ao invés de passeio em ambientes fechados, como shoppings
- Oriente que mesmo pequenos aumentos no nível de atividade física podem trazer benefícios.



Fonte: Freepik

- Ajude a pessoa a escolher qual a melhor forma de aumentar a atividade física (danças, lutas, esportes, jogos, ginástica, práticas orientais – como o tai chi chuan, o shiatsu, a ioga – caminhada, corrida) e quais as atividades sedentárias é possível reduzir.

Diminuição do risco de cânceres de cólon e de mama

Prevenção de osteoporose e diminuição de lombalgias

Aumento da autoestima, diminuição da depressão, alívio do estresse

Aumento do bem-estar e redução do isolamento social

Oriente a prática diária de, ao menos, 30 minutos de atividade física (uma caminhada por exemplo), sendo que para a perda de peso esse tempo deve ser maior. Pode-se começar com caminhadas rápidas de 10 minutos 3x/dia em 3x/semana, crescendo de forma gradual até 30 a 60 minutos, 3x/semana ou até diariamente. Pode-se distribuir o tempo de atividade física em, no mínimo, três dias da semana, evitando concentrações que possam ser cansativos ou desestimulantes.

# Atividade Física e Estilo de Vida Saudável

DISQUE SAÚDE **136**

## GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

## ATIVIDADE FÍSICA PARA ADULTOS



150 minutos por semana pelo menos

### Atividades físicas moderadas

A sua respiração e os batimentos do seu coração vão aumentar moderadamente.



ou

75 minutos por semana pelo menos

### Atividades físicas vigorosas

A sua respiração será mais rápida e os batimentos do seu coração vão aumentar muito.



ou

Combine atividades físicas

moderadas



vigorosas

Evite comportamento sedentário

A cada 1 hora movimente-se 5 minutos

Inclua em pelo menos 2 dias na semana

Fortalecimento de músculos e ossos

Reduza o tempo em que você permanece **sentado ou deitado**, assistindo à TV ou usando o celular.



Acesse o **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** escaneando o QR Code



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Governo Federal

# Atividade Física e Estilo de Vida Saudável

DISQUE SAÚDE **136**

## GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

### ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS



Evite comportamento sedentário

A cada **1** hora  movimente-se **5** minutos

pele menos **150** minutos por semana

ou

pele menos **75** minutos por semana

ou

Combine atividades físicas

#### Atividades físicas moderadas

A sua respiração e os batimentos do seu coração vão aumentar moderadamente.



#### Atividades físicas vigorosas

A sua respiração será mais rápida e os batimentos do seu coração vão aumentar muito.



 moderadas +  vigorosas

Inclua **2 a 3** vezes em dias alternados

 Fortalecimento muscular

 Equilíbrio

Reduza o tempo em que você permanece **sentado ou deitado**, assistindo à TV ou usando o celular.



Acesse o **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** escaneando o QR Code



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Governo Federal

# 7 Intervenção Farmacológica e Tratamento Medicamentoso

# Intervenção Farmacológica e Tratamento Medicamentoso

Quando as modificações no estilo de vida não são suficientes para alcançar os objetivos de tratamento, a terapia farmacológica pode ser indicada (Carvalho *et al.*, 2025). As intervenções farmacológicas são uma das principais abordagens no tratamento da obesidade e SM. Destacamos diversas classes de medicamentos atualmente disponíveis e em desenvolvimento, que incluem agentes anorexígenos, agonistas do receptor de peptídeo-1 semelhante ao glucagon (GLP-1), inibidores da enzima dipeptidil peptidase-4 (DPP-4), antagonistas do receptor de melanocortina 4 (MC4R), e moduladores da microbiota intestinal (Hanna *et al.*, 2023).

**Quadro 12 - Terapia farmacológica na Síndrome Metabólica**

Classe de Medicamento	Exemplos	Mecanismo de Ação	Benefícios	Indicações
<b>Biguanidas</b>	Metformina	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reduz a produção hepática de glicose</li><li>- Aumenta a captação de glicose pelas células</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Melhora da resistência à insulina</li><li>- Controle glicêmico</li><li>- Contribui para perda de peso</li></ul>	Pacientes com diabetes tipo 2 ou alto risco de desenvolver a doença.
<b>Agonistas do Receptor GLP-1</b>	Liraglutida	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estimula secreção de insulina</li><li>- Inibe glucagon</li><li>- Retarda esvaziamento gástrico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Redução de peso corporal</li><li>- Aumento da saciedade</li><li>- Melhora do controle glicêmico</li></ul>	Paciente com obesidade e/ou diabetes tipo 2.
<b>Inibidores da SGLT2</b>	Empaglifozina	<ul style="list-style-type: none"><li>- Inibe reabsorção de glicose nos rins, promovendo eliminação urinária</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Controle glicêmico</li><li>- Redução da pressão arterial</li><li>- Proteção renal</li></ul>	Indicado para pacientes com diabetes tipo 2 e risco cardiovascular elevado.

Fontes: Davies *et al.*, 2020; Zinman *et al.*, 2019.

As intervenções farmacológicas têm um papel crucial no tratamento da obesidade e SM. Uma variedade de medicamentos está disponível e em desenvolvimento, cada um com seus próprios mecanismos de ação e perfis de eficácia e segurança (Hanna *et al.*, 2023).



Fonte: Canva

# Intervenção Farmacológica e Tratamento Medicamentoso

## Quadro 13 - Intervenções farmacológicas na obesidade e Síndrome Metabólica

Classe de Medicamento	Exemplos	Mecanismo de Ação	Benefícios	Limitações
<b>Agentes Anorexígenos</b>	Fentermina/topiramato, naltrexona/bupropiona, lorcaserina	Atuam no sistema nervoso central, promovendo saciedade e reduzindo a ingestão alimentar.	Redução de peso; melhora de fatores de risco cardiometabólicos.	Efeitos adversos: aumento da frequência cardíaca, insônia, náuseas.
<b>Agonistas do Receptor GLP-1</b>	Liraglutida, semaglutida	Imitam o GLP-1, promovendo saciedade, redução do apetite e melhora do perfil glicêmico e lipídico.	Redução significativa do peso; melhora metabólica; potencial benefício cardiovascular.	Efeitos gastrointestinais (náuseas, vômitos); custo elevado.
<b>Inibidores da Enzima DPP-4</b>	Saxagliptina, sitagliptina	Prolongam a ação dos peptídeos GLP-1 e GIP, regulando saciedade e metabolismo da glicose.	Melhora do controle glicêmico; modesta redução de peso.	Eficácia menor na perda de peso comparado aos agonistas do GLP-1.
<b>Antagonistas do Receptor MC4R</b>	Em desenvolvimento	Bloqueiam a melanocortina 4, regulando apetite e gasto energético.	Potencial tratamento para obesidade genética causada por mutações no gene MC4R; resultados promissores.	Ainda em fase experimental; falta de medicamentos aprovados; necessidade de mais estudos clínicos.
<b>Moduladores da Microbiota Intestinal</b>	Em investigação (probióticos, prebióticos)	Modificam a composição da microbiota intestinal, influenciando o metabolismo energético e processos inflamatórios.	Potencial para melhorar o metabolismo e auxiliar na regulação do peso.	Evidências clínicas limitadas; necessidade de padronização das intervenções.

Fontes: Hanna *et al.*, 2023.



- A escolha do medicamento deve ser individualizada, considerando riscos, benefícios e preferências do paciente.
- A farmacoterapia deve ser complementar à abordagem multidisciplinar: nutrição, atividade física e suporte psicológico.

# 8 Abordagem Psicológica e Suporte ao Paciente

# Abordagem Psicológica e Suporte ao Paciente

Na síndrome metabólica, a adesão ao tratamento consiste na adoção de um estilo de vida saudável, a fim de prevenir complicações orgânicas, sociais e, por conseguinte, psicológicas (Ludwig *et al.*, 2021).

A saúde mental exerce um papel relevante no manejo da síndrome metabólica. Aspectos psicossociais, como o estresse percebido, podem comprometer tanto a adesão ao tratamento quanto os desfechos clínicos. Nesse contexto, intervenções educativas voltadas para o controle do estresse têm se mostrado eficazes na melhora de indicadores metabólicos e na redução dos níveis de estresse em pessoas com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica (Batista *et al.*, 2025).

O apoio psicológico contribui para o fortalecimento da capacidade de enfrentamento e para o incentivo a mudanças duradouras nos hábitos de vida (Lima *et al.*, 2022). Além das abordagens nutricionais e das práticas de atividade física, o cuidado com o estado emocional do indivíduo é fundamental no controle da síndrome metabólica. A presença de estresse elevado tem impacto direto nos resultados clínicos e na continuidade do tratamento. Estudos mostram que ações educativas lideradas por profissionais de enfermagem, com foco no bem-estar mental e na redução do estresse, têm sido eficazes na melhora da adesão e dos indicadores metabólicos (Batista *et al.*, 2025; González *et al.*, 2024).



Fonte: Freepik

# Abordagem Psicológica e Suporte ao Paciente

As terapias comportamentais desempenham um papel essencial na abordagem da obesidade e da SM, pois trabalham diretamente com os hábitos, pensamentos e atitudes relacionados à alimentação, prática de atividade física e controle do estresse. Estas são algumas estratégias comportamentais utilizadas no tratamento, como a **terapia cognitivo-comportamental (TCC)**, as intervenções fundamentadas na **atenção plena (mindfulness)** e o uso de **tecnologias digitais**, como aplicativos de celular, como ferramentas de apoio ao cuidado (Hanna *et al.*, 2023).

## Quadro 14 - Terapias comportamentais na obesidade e Síndrome Metabólica

Estratégia	Objetivo Principal	Benefícios Comprovados	Público-Alvo/Aplicação
Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)	Identificar e modificar padrões de pensamento e comportamento disfuncionais ligados à alimentação e inatividade física.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redução de peso</li> <li>- Melhora da adesão à dieta e exercícios</li> <li>- Redução de fatores de risco cardiometabólicos</li> </ul>	Adultos e adolescentes com obesidade e SM. Adaptável a diferentes barreiras (ex.: resistência à mudança, autoimagem, comer emocional)
Intervenções Baseadas em Mindfulness	Promover atenção plena, aceitação corporal e redução do estresse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perda de peso</li> <li>- Melhora da qualidade de vida</li> <li>- Redução da ansiedade, depressão e alimentação compulsiva</li> </ul>	Adultos e adolescentes. Envolve práticas como MBSR e alimentação consciente
Aplicativos para Smartphones	Oferecer suporte digital personalizado e monitoramento contínuo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle de peso</li> <li>- Melhora dos fatores de risco cardiometabólicos</li> <li>- Facilidade de adesão</li> </ul>	Adultos com acesso a tecnologias móveis. Mais eficaz quando combinados com orientação profissional
Grupos de Apoio e Aconselhamento Nutricional	Estimular apoio entre pares e fornecer orientação alimentar personalizada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhora da adesão ao tratamento</li> <li>- Planejamento alimentar adequado</li> <li>- Melhores resultados quando associados à TCC e farmacoterapia</li> </ul>	Todas as faixas etárias. Importante recurso em programas de tratamento contínuo
Terapias Comportamentais na População Pediátrica	Promover mudanças precoces no comportamento alimentar e estilo de vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenção de complicações futuras</li> <li>- Melhora da relação com a comida</li> <li>- Ambiente familiar favorável à saúde</li> </ul>	Crianças e adolescentes. Requer adaptação por faixa etária e inclusão da família

# Abordagem Psicológica e Suporte ao Paciente

## Cuidado em Saúde Mental

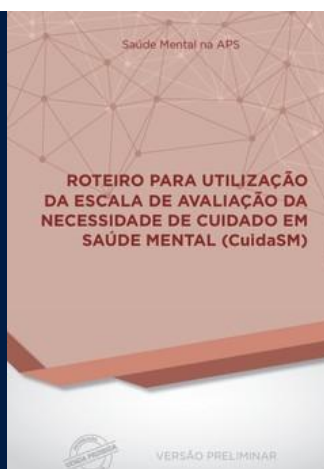
A **Escala da Avaliação da Necessidade de Cuidado em Saúde Mental (CuidaSM)**, é uma ferramenta com o objetivo de facilitar a identificação das necessidades específicas de cuidados em saúde mental. Seu principal propósito é possibilitar a **avaliação do nível de Necessidade de Cuidados em Saúde Mental (NCSM)** de indivíduos sob acompanhamento da APS, fornecendo dados específicos que auxiliam no processo de escalonamento do cuidado. Em outras palavras, a escala permite a avaliação da intensidade dos cuidados em saúde mental e possibilita o desenvolvimento de estratégias para o compartilhamento de cuidados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com foco na promoção de um cuidado integral, de qualidade, seguro e centrado no usuário (SBIBAE, 2023a; Mendonça *et al.*, 2023).

### Como é a CuidaSM?

A escala é composta por 31 itens (Figura 3a e Figura 3b) necessários para a mensuração do grau de necessidade de cuidado em saúde mental de acordo com cinco dimensões no bloco autorreferido (Relações Sociais, Funcionalidade, Autonomia, Impulsividade e Agressividade, e Espiritualidade), que contém 17 questões, e três dimensões no bloco aplicado pelo profissional (Violência, Autoagressão e Comportamento Suicida, e Plano de Cuidados), que contém 14 questões. Ao aplicar a escala, as perguntas abaixo devem ser respondidas com as opções “SIM” ou “NÃO”



<https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=82ae36197eefd38e9cf6d96db386f59e853a4ca0&t=1696275107&type=biblioteca>



Para saber mais



# Abordagem Psicológica e Suporte ao Paciente

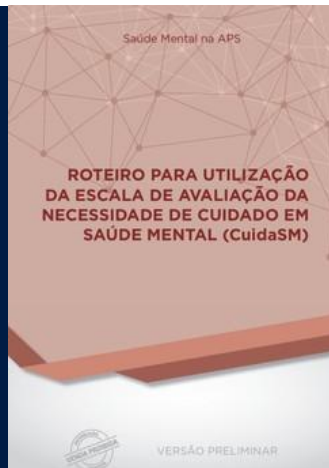
## Quem poderá aplicar a CuidaSM?

O primeiro bloco da escala (Figura 3a), que contempla as questões autorreferidas, deve ser respondido, preferencialmente, pela própria pessoa usuária. Caso a pessoa usuária não consiga ler ou compreender sozinha o questionário, o seu/a sua acompanhante, familiar ou um profissional de saúde devidamente capacitado sobre a CuidaSM pode apoiá-lo.

O segundo bloco da escala (Figura 3b), referente às questões avaliadas pelo profissional da APS, deve ser aplicado por profissional de nível superior à pessoa usuária, preferencialmente durante a consulta individual (Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Cirurgiões-Dentistas, Psicólogos, Assistentes Sociais, Profissionais de Educação Física, Nutricionistas, Fisioterapeutas etc.)



<https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=82ae36197eefd38e9cf6d96db386f59e853a4ca0&t=1696275107&type=biblioteca>



Para saber  
mais



# Abordagem Psicológica e Suporte ao Paciente

## Modelo de diagramação da Escala de Avaliação da Necessidade de Cuidado em Saúde Mental (CuidaSM) – bloco autorreferido

Escala de Avaliação da Necessidade de Cuidado em Saúde Mental (CuidaSM)		
Dimensões autorreferidas	Não (0 pts)	Sim (1 pts)
Você tem amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você conversa com seus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você consegue manter amizades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você é capaz de ir aos serviços de saúde sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você consegue desenvolver suas atividades do trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você consegue se manter trabalhando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você é capaz de fazer as compras para o seu dia a dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você é capaz de tomar banho sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você realiza a sua higiene diária sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você se veste sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você é capaz de controlar a sua impulsividade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você é capaz de controlar a sua agressividade verbal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você é capaz de controlar sua agressão física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você encontra sentido na vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você sente que sua vida tem uma finalidade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você está esperançoso com sua vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura 3a

# Abordagem Psicológica e Suporte ao Paciente

Modelo de diagramação da Escala de Avaliação da Necessidade de Cuidado em Saúde Mental (CuidaSM) – bloco aplicado pelo profissional de saúde

Escala de Avaliação da Necessidade de Cuidado em Saúde Mental (CuidaSM)		
Dimensões avaliadas pelo profissional	Não (0 pts)	Sim (1 pts)
O usuário foi testemunha de violência?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O usuário foi autor de violência?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O usuário foi vítima de violência?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O usuário tem desejo de morte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O usuário tem ideação suicida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O usuário tem planejamento suicida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O usuário tentou suicídio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O usuário pensa em se agredir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O usuário apresenta risco iminente para autoagressividade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O usuário tem história de autoagressividade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A equipe ESF apresenta dificuldades no manejo desse caso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O usuário nega a sua doença?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O usuário desconhece a sua doença?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O usuário demonstra resistência ao plano de cuidado proposto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura 3b

# Abordagem Psicológica e Suporte ao Paciente

## Como classificar e interpretar os resultados da CuidaSM?

Após a aplicação completa dos 31 itens da CuidaSM, as respostas “NÃO” deverão ser interpretadas com pontuação 0, enquanto as respostas “SIM”, representarão 1 ponto.

Observe que, diferente do bloco de itens aplicados pelo profissional, as 17 perguntas autorreferidas são fatores protetores da NCSM e devem ser subtraídas da pontuação, dessa forma, ao somarmos a pontuação final da CuidaSM, deve ser calculado:

$$\text{NCSM} = (17 - \text{soma dimensões autorreferidas}) + \text{soma dimensões avaliadas pelo profissional}$$

A pontuação final pode variar de 0 (menor pontuação) a 31 (maior pontuação). Para classificação do grau de necessidade de cuidado em saúde mental, as faixas de pontuação abaixo deverão ser adotadas.

Classificação da NCSM	Escore (pontos)
Baixa NCSM	0 a 1
Moderada NCSM	2 a 3
Alta NCSM	4 a 6
Altíssima NCSM	7 ou mais

# 9 Papel da Equipe Multiprofissional na APS

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

Pesquisas têm evidenciado que estratégias interdisciplinares, com a atuação conjunta de profissionais de diferentes áreas da saúde, são essenciais para a eficácia no manejo da síndrome metabólica. A integração de cuidados clínicos, orientações nutricionais, suporte psicológico e atividades físicas tem se mostrado eficaz na diminuição dos fatores de risco associados à condição. Programas voltados para a perda de peso, especialmente entre adolescentes com obesidade, demonstram como a combinação dessas abordagens contribui para a redução da prevalência da síndrome metabólica e melhora de indicadores metabólicos, como os níveis do peptídeo natriurético atrial (ANP) (Batista *et al.*, 2025).

## Quadro 15 - Abordagem interdisciplinar no manejo da Síndrome Metabólica

<b>Profissional</b>	<b>Função na Equipe</b>	<b>Contribuições para o Tratamento</b>
<b>Nutricionista</b>	Planejamento alimentar	<ul style="list-style-type: none"><li>- Elaboração de dietas individualizadas</li><li>- Promoção da perda de peso</li><li>- Melhora da sensibilidade à insulina</li><li>- Redução de riscos cardiovasculares</li></ul>
<b>Educador Físico</b>	Prescrição de exercícios físicos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Desenvolvimento de programas de atividade física adaptados</li><li>- Melhora da saúde cardiovascular</li><li>- Aumento do bem-estar físico e mental</li></ul>
<b>Psicólogo</b>	Suporte emocional e comportamental	<ul style="list-style-type: none"><li>- Intervenções para controle do estresse</li><li>- Promoção de mudanças de comportamento sustentáveis</li><li>- Apoio à adesão ao tratamento</li></ul>
<b>Médico e Farmacêutico</b>	Monitoramento clínico e farmacológico	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliação e ajuste da medicação conforme necessidade</li><li>- Acompanhamento de efeitos adversos</li><li>- Monitoramento das condições clínicas associadas</li></ul>
<b>Equipe como um todo</b>	Monitoramento contínuo e avaliação periódica	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificação precoce de alterações metabólicas</li><li>- Adaptação de estratégias terapêuticas</li><li>- Garantia de um plano de cuidado alinhado às necessidades do paciente</li><li>- Prevenção de complicações e promoção da saúde a longo prazo</li></ul>

Fonte: Jacomini *et al.*, 2023; Batista *et al.*, 2025.

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

O trabalho em equipe entre diferentes profissionais da saúde possibilita resultados mais eficazes do que intervenções isoladas. Ao reunir saberes de distintas áreas, é viável construir um plano terapêutico mais completo e individualizado, que contemple de forma integrada os diversos aspectos clínicos, comportamentais e sociais relacionados à síndrome.

## Quadro 16 - Desafios e estratégias no manejo da Síndrome Metabólica

Categoria	Desafios Enfrentados	Possíveis Estratégias de Superação
<b>Adesão ao Tratamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complexidade dos regimes terapêuticos</li> <li>- Efeitos colaterais de medicamentos</li> <li>- Baixa motivação ou entendimento</li> <li>- Estigma associado à obesidade</li> <li>- Natureza assintomática da SM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educação em saúde individualizada</li> <li>- Apoio psicológico e motivacional</li> <li>- Comunicação clara sobre riscos e benefícios</li> <li>- Acompanhamento próximo da equipe</li> </ul>
<b>Acesso aos Serviços de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitações econômicas</li> <li>- Custos elevados de medicamentos</li> <li>- Falta de cobertura por planos</li> <li>- Barreiras linguísticas e culturais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Políticas públicas para ampliar o acesso</li> <li>- Educação culturalmente sensível</li> <li>- Serviços de saúde com equipe multidisciplinar integrada</li> <li>- Parcerias com instituições comunitárias</li> </ul>
<b>Insegurança Alimentar e Ambiente Obesogênico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença de desertos alimentares</li> <li>- Acesso restrito a alimentos saudáveis</li> <li>- Dependência de produtos ultraprocessados</li> <li>- Falta de espaços seguros para atividade física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas de incentivo à agricultura local</li> <li>- Cestas básicas saudáveis</li> <li>- Promoção de feiras livres e hortas comunitárias</li> <li>- Criação de espaços públicos para exercício</li> </ul>
<b>Baixo Nível de Informação e Diagnóstico Tardio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouca conscientização sobre a SM</li> <li>- Falta de acesso à informação sobre prevenção</li> <li>- Influência de crenças culturais equivocadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Campanhas educativas comunitárias</li> <li>- Ações de educação em saúde nas UBS e escolas</li> <li>- Abordagem preventiva durante as consultas de rotina</li> </ul>
<b>Responsabilidade dos Profissionais de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de adaptação das abordagens</li> <li>- Pouco reconhecimento dos determinantes sociais da saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitação contínua das equipes</li> <li>- Uso de lembretes (SMS, ligações)</li> <li>- Inclusão de agentes comunitários e assistentes sociais no cuidado</li> </ul>

Fonte: Lira *et al.*, 2024.

Intervenções conduzidas por equipes multidisciplinares oferecem um prognóstico mais favorável para pessoas com obesidade, especialmente quando há uma atuação integrada entre os profissionais.

O compartilhamento de diagnósticos, saberes e condutas terapêuticas voltadas às necessidades específicas dos usuários contribui para um cuidado mais efetivo. Essa abordagem ampliada favorece ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação, além de colaborar diretamente para a prevenção clínica da SM (Silva-Junior *et al.*, 2018).

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

## Abordagens individuais

As abordagens individuais são aquelas realizadas em consultas com profissionais de nível superior que atuarão em conformidade com as suas respectivas formações para o cuidado estritamente relacionado a demandas e necessidades específicas de cada indivíduo. Propõe-se que, após solicitar permissão do usuário para conversar sobre seu peso, as ações envolvam:

- Avaliação antropométrica com a classificação do estado nutricional e avaliação dos marcadores de consumo alimentar (Sisvan); • Ações de manejo individual conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Sobrepeso e Obesidade em Adultos (PCDT - [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113\\_PCDT\\_Sobrepeso\\_e\\_Obesidade\\_em\\_Adultos\\_29\\_10\\_2020\\_Final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113_PCDT_Sobrepeso_e_Obesidade_em_Adultos_29_10_2020_Final.pdf));
- Definição do plano terapêutico, estabelecimento de metas e autocuidado: baseado no estabelecimento de hábitos e práticas relacionadas à escolha de alimentos, comportamentos alimentares e realização de atividade física.
- Cuidado compartilhado multiprofissional, com a inclusão de categorias profissionais envolvidas nas ações de cuidado das pessoas com obesidade. A equipe deve contemplar minimamente enfermeiro/a, médico/a, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e nutricionistas, sempre que possível. Ressalta-se que a participação de profissionais de educação física (a fim de que a prática de atividade física seja prescrita de acordo com as necessidades do indivíduo) e psicólogos/as (cujas intervenções estão focadas nos fatores psicológicos e mudanças comportamentais) na equipe contribuem para melhor adesão do usuário às intervenções propostas e resultados mais significativos no tratamento.
- Registro de problema/condição avaliada obesidade na ficha de atendimento individual do eSUS-AB ou prontuário eletrônico.

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

## Abordagem coletiva

O planejamento das atividades coletivas deve ser realizado conforme as demandas da população e de forma interdisciplinar: na APS, pela atuação colaborativa entre eSF e NASF-AB; e na AE, pela interação entre os profissionais envolvidos no manejo da obesidade (Ex.: nutricionistas, endocrinologistas, psicólogos, cirurgiões, etc.). A diversidade de categorias profissionais facilita o acesso da população às ações e assegura, no caso de afastamento do facilitador do grupo, a manutenção das atividades e o vínculo construído (Brasil, 2021).

Etapas	Atividades
Preparação da equipe	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prever espaço na agenda para reuniões da equipe para planejar e avaliar</li><li>- Definir papéis, atribuições e responsabilidades dos profissionais no grupo</li><li>- Definir se a coordenação será fixa (mesmo profissional em todos os encontros) ou rotativa</li><li>- Prever participação de pelo menos duas categorias profissionais nos encontros, visando complementar vivências e condutas. Na APS, se possível, incluir profissionais das eSF e NASF-AB, inclusive ACS</li><li>- Verificar a necessidade de qualificação profissional da equipe</li><li>- Definir os encontros que cada profissional participará segundo disponibilidade e aptidão. Vale ficar atento aos profissionais sugeridos para condução das oficinas, especificados nos roteiros das oficinas (<b>Caderno de Atividades Educativas</b>)</li><li>- Registrar, por escrito, as reuniões da equipe (veja o <b>Capítulo 6</b> sobre Registro, monitoramento e avaliação)</li></ul>
Registro e divulgação do planejamento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Elaborar projeto simples e objetivo, que inclua breve justificativa contextualizada com a realidade e da população adscrita, indicando o problema/necessidade que se pretende responder com o grupo. No <b>Capítulo 7</b>, você encontra sugestões de público-alvo e metas para o grupo</li><li>- Apresentar o projeto para toda a unidade, visando ampliar a adesão à atividade e garantir espaços na agenda para o planejamento, execução e avaliação</li></ul>
Público-alvo	<ul style="list-style-type: none"><li>- Definir o público e os grupos a serem criados segundo a demanda (<b>Capítulo 7</b>)</li><li>- Verificar se os usuários sabem ler e escrever, e o nível de alfabetização em saúde (<b>Box 5.1</b>)</li></ul>
Periodicidade de encontros	<ul style="list-style-type: none"><li>- Definir duração do grupo e intervalo entre os encontros, conforme realidade local, realizando as adaptações necessárias (<b>Capítulo 7</b>)</li></ul>
Horário	<ul style="list-style-type: none"><li>- Definir horário compatível com a agenda dos profissionais, dos usuários e do espaço físico. Grupos em horário comercial dificultam o acesso de pessoas empregadas, assim, equipes que trabalham em horário estendido podem agendar para a noite, fim de tarde ou sábado</li></ul>
Local	<ul style="list-style-type: none"><li>- Escolher (e reservar se necessário) um local adequado, acolhedor e confortável</li><li>- Garantir sigilo para favorecer participação e reflexão</li><li>- Ter estrutura física mínima (cadeiras; bebedouro; banheiro; etc.)</li><li>- Ser acessível, incluindo assentos para pessoas com obesidade e pessoas com deficiência</li></ul>

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

## Abordagem coletiva

conclusão

Etapas	Atividades
Divulgação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Envolver toda a unidade na divulgação antes e durante a realização das ações, especialmente ACS</li><li>- Utilizar diferentes estratégias de divulgação: convites por ACS, com local, data e horário; contato telefônico e/ou mensagens eletrônicas no dia anterior; por divulgação verbal e escrita nas salas de espera, no acolhimento, consultas, visitas domiciliares, etc.</li></ul>
Materiais	<ul style="list-style-type: none"><li>- Providenciar, com antecedência, materiais e equipamentos em quantidade necessária para cada encontro, conforme detalhado nos roteiros do <b>Caderno de Atividades Educativas</b></li><li>- Adaptar os materiais sugeridos aos disponíveis e/ou às características dos participantes (considerar grau de instrução, alfabetização em saúde, presença de deficiência, etc.)</li></ul>
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Definir o registro, monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas, de modo a atender às características do grupo e dos profissionais que irão conduzi-lo (<b>Capítulo 6</b>)</li></ul>

As atividades coletivas na APS podem ser registradas e monitoradas utilizando os seguintes instrumentos que integram o SISAB:

- **Ficha de Atividade Coletiva da Estratégia e-SUS AB** ([https://sisaps.saude.gov.br/esus/upload/docs/Ficha\\_de\\_Atividade\\_Coletiva.pdf](https://sisaps.saude.gov.br/esus/upload/docs/Ficha_de_Atividade_Coletiva.pdf));
- **Fichas de Acompanhamento Nutricional e de Marcadores de Consumo Alimentar e Mapa de Acompanhamento Nutricional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**. ([https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/public/file/ficha\\_cadastro\\_sisvan.pdf](https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/public/file/ficha_cadastro_sisvan.pdf))

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

## Abordagem coletiva

	<b>FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA* / /
----------------------------------	------	-------	------	--------------

TURNO: * (M) (T) (N)	LOCAL DE ATIVIDADE Nº INEP (ESCOLA/CRECHE) _____ CNES _____ OUTRA LOCALIDADE: _____	CNS DO PROFISSIONAL _____ _____ _____ _____	CBO*** _____ _____ _____ _____
Nº DE PARTICIPANTES* ____	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS ____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

ATIVIDADE (opção única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
01	Reunião de equipe	01	Questões administrativas/Funcionamento
02	Reunião com outras equipes de saúde	02	Processos de trabalho
03	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território
		04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
		05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
		06	Educação Permanente
		07	Outros

ATIVIDADE (opção única)*	
04	Educação em saúde
05	Atendimento em grupo
06	Avaliação/Procedimento coletivo
07	Mobilização social

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
01	Comunidade em geral	01	Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	01	Antropometria
02	Criança 0 a 3 anos	02	Agravos negligenciados	02	Aplicação tópica de flúor
03	Criança 4 a 5 anos	03	Alimentação saudável	03	Desenvolvimento da linguagem
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	04	Escovação dental supervisionada
05	Adolescente	05	Cidadania e direitos humanos	05	Práticas corporais e atividade física
06	Mulher	06	Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	06	PNCT Sessão 1
07	Gestante	07	Envelhecimento/climatério/andropausa/etc	07	PNCT Sessão 2
08	Homem	08	Plantas medicinais/fitoterapia	08	PNCT Sessão 3
09	Famíliares	09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	09	PNCT Sessão 4
10	Idoso	10	Saúde ambiental	10	Saúde auditiva
11	Pessoas com doenças crônicas	11	Saúde bucal	11	Saúde ocular
12	Usuário de tabaco	12	Saúde do trabalhador	12	Verificação da situação vacinal
13	Usuário de álcool	13	Saúde mental	13	Outras
14	Usuário de outras drogas	14	Saúde sexual e reprodutiva	14	Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP _____
15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	15	Semana saúde na escola		
16	Profissional de educação	16	Outros		
17	Outros				





# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

## Abordagem coletiva

	<b>MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES*	INE	DATA*
_____	_____	_____	_____	/ /

CNS DO CIDADÃO:\* \_\_\_\_\_

Nome do Cidadão:\* \_\_\_\_\_

Data de nascimento:\* / / Sexo:\*  Feminino  Masculino Local de Atendimento: \_\_\_\_\_

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	

CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Iogurte	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fígado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	<i>Ontem, você consumiu:</i>	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Legenda:  Opção múltipla de escolha  Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

\* Campo obrigatório

\*\* Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa



[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha\\_marcadores\\_alime\\_nar\\_v3\\_2.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_marcadores_alime_nar_v3_2.pdf)

## Papel da Equipe Multiprofissional na APS

Para definir o caminho a ser percorrido pela pessoa com obesidade nos grupos, foi proposto um instrumento rápido e simples, denominado **Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade**. Esse instrumento deverá ser aplicado pelo profissional de primeiro contato do usuário, preferencialmente médico ou enfermeiro, mas suas informações também podem ser obtidas a partir do prontuário, em outros atendimentos, no acolhimento, via ACS, etc.

Ele inclui informações sobre os estágios de mudança e a autoeficácia para redução de peso, tempo disponível e desejo para participar de grupos com 6 meses ou mais de duração, e se o usuário atende aos critérios para realizar cirurgia bariátrica. A primeira parte do instrumento **Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade** deverá ser aplicada em todos os usuários (identificação do usuário, medidas de peso e altura).

Caso o usuário não possua obesidade, ele deverá ser convidado para participar das ações de promoção da alimentação adequada e saudável disponíveis na unidade ou no território (Ex.: grupos da unidade, do Programa Academia da Saúde, etc.). Para aqueles com obesidade, o profissional deverá perguntar sobre sua disponibilidade de tempo e desejo de participar de grupos com seis ou mais meses de duração.

A seguir, deve verificar se o usuário atende aos critérios de cirurgia bariátrica mediante consulta ao prontuário ou outros registros da unidade. E, por fim, identificar o estágio de mudança e o grau de autoeficácia do usuário para redução do peso. A partir destas informações, será possível definir o grupo que o usuário participará, consultando a **Estratégia para Cuidado da Pessoa com Obesidade e os grupos disponíveis na unidade**.

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

Caso o usuário não deseje participar do grupo, é importante trabalhar durante os atendimentos individuais a motivação para o cuidado, esclarecendo que a obesidade é uma doença e que a unidade oferece tratamento. Algumas vezes, o usuário também mostra-se desinteressado na participação de grupos por desconhecer a metodologia de trabalho e o seu potencial. Desta forma, é importante esclarecer que a atividade em grupo possibilita a troca de informações sobre situações de vida e alternativas para situações-problema, bem como potencializa o apoio para mudanças. Além disso, deverá ser apresentado para o usuário o funcionamento do grupo, com informações sobre dia, local dos encontros, horário, duração, metas e temas abordados.

## PASSOS PARA A DEFINIÇÃO DOS GRUPOS

- 1 - Profissional de primeiro contato aplica a *Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade*
- 2 - Usuário sem obesidade: direcionar para ações de promoção da alimentação adequada e saudável
- 3 - Usuário com obesidade: continuar a responder o instrumento
- 4 - A partir dos resultados, consultar a *Estratégia para Cuidado da Pessoa com Obesidade* para definir o grupo que o usuário participará segundo prontidão para mudança, gravidade da doença e disponibilidade de tempo e desejo de participar de grupos com 6 meses ou mais de duração
- 5 - Usuário é encaminhado para o grupo, com informação de dia, horário e local



Fonte: Freepik

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

O uso do *Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS*, permite o uso abrangente de grupos nas UBS possibilitando atingir um número maior de pessoas em comparação com abordagens individuais, além de promover diversas trocas e interações entre os participantes e os profissionais de saúde. A metodologia proposta pelo documento utiliza um instrumento rápido e simples para definir o percurso da pessoa com obesidade nos grupos, chamado Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade.

Este instrumento inclui informações sobre os estágios de mudança, a autoeficácia para perda de peso, o tempo disponível e o desejo de participar de grupos com duração de seis meses ou mais, além de verificar se o usuário atende aos critérios para cirurgia bariátrica. Com base nessas informações, é possível determinar o grupo mais adequado para o usuário, sendo eles: Grupo Motivacional (GM) e Grupos Terapêuticos (GT) 1, 2 e 3 (Rodrigues *et al.*, 2023).



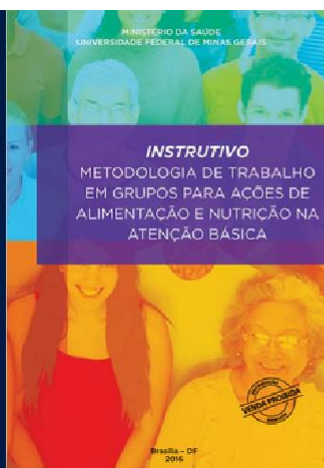
[https://nutricao.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/manual/upload\\_30062022/12%20-%20CAB%20-%20%20INSTRUTIVO%20DE%20ABORDAGEM%20COLETIVA%20PARA%20MANEJO%20DA%20OBESIDADE%20NO%20SUS.pdf](https://nutricao.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/manual/upload_30062022/12%20-%20CAB%20-%20%20INSTRUTIVO%20DE%20ABORDAGEM%20COLETIVA%20PARA%20MANEJO%20DA%20OBESIDADE%20NO%20SUS.pdf)



Para saber  
mais



[https://bvsm.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/instrutivo\\_metodologia\\_trabalho\\_alimentacao\\_nutricao\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsm.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/instrutivo_metodologia_trabalho_alimentacao_nutricao_atencao_basica.pdf)



Para saber  
mais



# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

## Perfil de participantes com obesidade ou sobrepeso e meta a ser alcançada em cada grupo

### Grupo Motivacional (GM)

**Participantes:** usuários(as) com obesidade nos estágios de mudança de pré-contemplação ou contemplação para redução do peso, independentemente do grau de autoeficácia, ou no estágio de preparação com baixa autoeficácia. Podem, também, participar os indivíduos sem tempo ou desejo de participar de grupos por seis meses ou mais de duração, independentemente dos estágios de mudança avaliados.

**Metas:** despertar para a importância de mudar (evolução dos estágios de mudança e autoeficácia).

### Grupo Terapêutico 1 (GT1)

**Participantes:** usuários(as) com obesidade sem indicação de cirurgia bariátrica e nos estágios de mudança de preparação com alta autoeficácia, ação ou manutenção. Também podem participar desse grupo os(as) usuários(as) que, após cirurgia bariátrica, apresentarem reganho de peso.

**Meta:** reduzir 5% do peso corporal.

### Grupo Terapêutico 2 (GT2)

**Participantes:** usuários com obesidade com indicação de cirurgia bariátrica e estão nos estágios de mudança de preparação com alta autoeficácia, ação ou manutenção.

**Meta:** reduzir 10% do peso corporal.

### Grupo Terapêutico 3 (GT3)

**Participantes:** usuários(as) que tiveram sucesso no GT1 e GT2, alcançando as metas propostas pelos grupos.

**Meta:** manter resultados obtidos.

Fonte: Rodrigues *et al.*, 2023

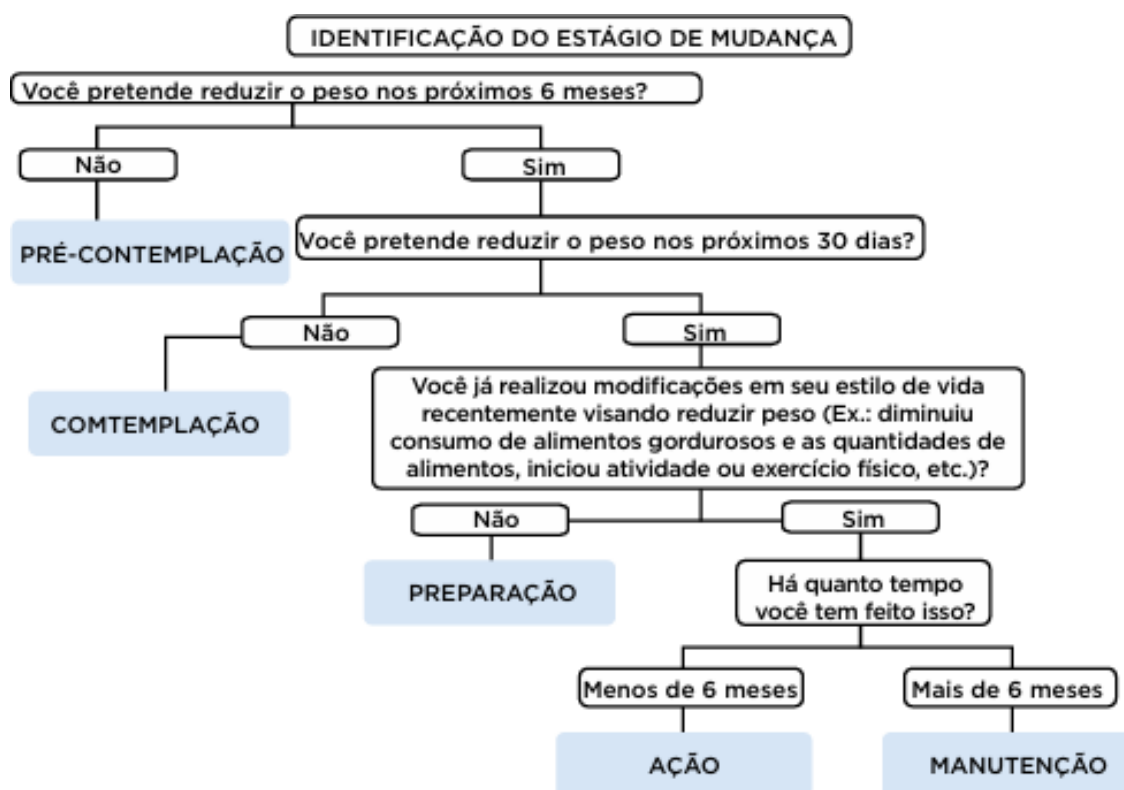
# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

## Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade

<b>Parte 1 - Realizada com TODOS os usuários</b>		
Nome completo:		
Número do prontuário ou do Cartão Nacional de Saúde:		
Telefone de contato: ( )		Equipe de saúde:
Peso (aferir): _____ kg	Altura (aferir): _____ m	IMC: _____ Kg/m <sup>2</sup> IMC=peso/(altura*altura)
Classificação do IMC <b>adultos</b> (WHO, 2000): ____ Baixo peso (IMC < 18,5 kg/m <sup>2</sup> ) ____ Peso normal (IMC ≥ 18,5 e < 24,9 kg/m <sup>2</sup> ) ____ Sobrepeso (IMC ≥ 25,0 e < 29,9 kg/m <sup>2</sup> ) ____ Obesidade (IMC ≥ 30,0 kg/m <sup>2</sup> )	Classificação do IMC <b>idosos</b> (NSI, 1994): ____ Magreza (IMC ≤ 22,0 kg/m <sup>2</sup> ) ____ Eutrofia (IMC > 22,0 e < 27,0 kg/m <sup>2</sup> ) ____ <b>Sobrepeso (IMC ≥ 27,0 kg/m<sup>2</sup>)</b>	
<i>Se o usuário não for identificado com obesidade, indique as ações pertinentes ofertadas na unidade de saúde, sobretudo as de promoção da alimentação adequada e saudável.</i>		
<b>Parte 2: Realizada apenas com usuários COM obesidade</b>		
<b>Disponibilidade para grupos</b>		
Você quer participar de grupos com duração de 6 meses ou mais? ( ) Sim ( ) Não		
Você tem tempo para participar de grupos com duração de 6 meses ou mais? ( ) Sim ( ) Não		
<b>Indicação para cirurgia bariátrica</b>		
Usuário fez cirurgia bariátrica: ⇨ <i>Profissional, não pergunte estas questões ao usuário, busque as informações no prontuário e registros na unidade</i> ( ) Sim ( ) Não Se sim, há quanto tempo? _____ Está em acompanhamento em algum serviço de saúde: ( ) Sim ( ) Não Houve reganho de peso: ( ) Sim ( ) Não		
Indicações para cirurgia bariátrica: (1) Usuários que apresentem IMC ≥ 50 kg/m <sup>2</sup> (2) Usuários que apresentem IMC ≥ 40 kg/m <sup>2</sup> , com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado na Atenção Primária e/ou na Atenção Especializada, por no mínimo 2 anos e que tenham seguido protocolos clínicos; (3) Usuários com IMC ≥ 35 kg/m <sup>2</sup> e comorbidades, como com alto risco cardiovascular; diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial de difícil controle; apneia do sono, doenças articulares degenerativas; sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo 2 anos e que tenham seguido protocolos clínicos		

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

## Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade



### Identificação da autoeficácia para reduzir peso

Quão confiante você está para perder peso mesmo que...	1. Nada confiante	2. Pouco confiante	3. Moderadamente confiante	4. Muito confiante	5. Completamente confiante
...precise de muito tempo para melhorar suas práticas?					
...precise de muitas tentativas até que consiga?					
...precise repensar suas estratégias?					

Fonte: Validação transcultural a partir de Wilson *et al.* Brief Self-Efficacy Scales for use in Weight-Loss Trials: Preliminary Evidence of Validity. *Psychological Assessment*, [s. l.], v. 28, n. 10, p. 1255-1264, 2016. doi:10.1037/pas0000249.

Autoeficácia elevada: se pelo menos DUAS questões forem avaliadas como 4 (muito confiante) ou 5 (completamente confiante)

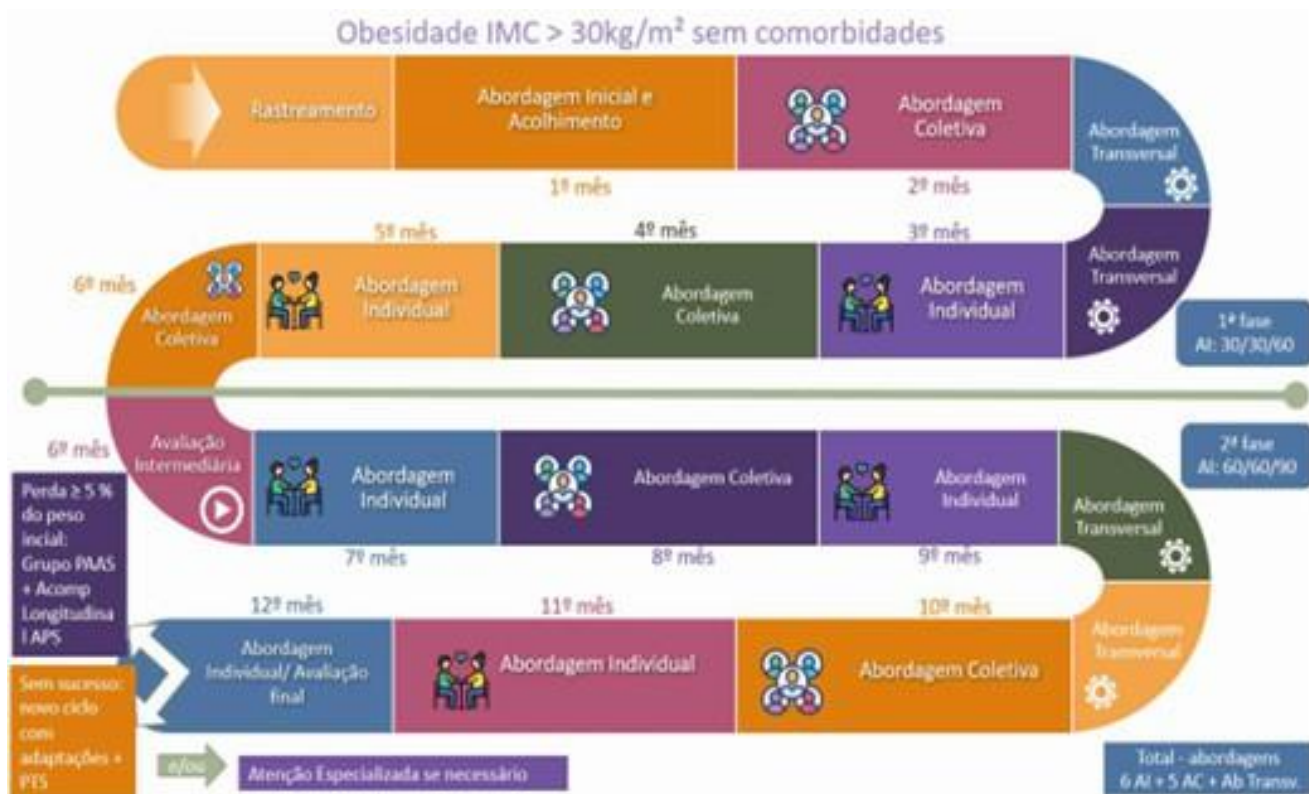
# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

## Proposta de modelo de Plano de Ação

Plano de Ação: _____ (nome do grupo)					
Por que fazer?	Como? (etapas)	Quem? (responsáveis)	Quando?	Como medir (acompanhamento)	Recursos necessários

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

O acompanhamento do indivíduo com sobrepeso e obesidade deve ser frequente, sendo recomendada a periodicidade abaixo:



Perda ≥5% peso inicial: abordagens coletivas + acompanhamento na APS;

Sem sucesso: novo ciclo com adaptações + Projeto Terapêutico Singular e ou acompanhamento pela AAE, quando necessário.



[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)



Para saber mais



# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

## Abordagem familiar

Avaliar o funcionamento da família pode ser recordada por meio do **PRACTICE**, que aborda as seguintes dimensões: exploração do **Problema**, dos papéis (Rules), do Afeto, da **Comunicação**, do **Tempo** no ciclo de vida, da história do adoecimento (Illness history), da **Comunidade** e do ambiente (Environment) que envolvem a família.

Dimensão e breve explicação	Ações para abordagem
Problema: Reconhecer o problema a ser enfrentado, seus significados e efeitos para a família.	Escutar o que a família diz sobre a obesidade. Qual o significado da obesidade para os membros da família (culpa? vergonha)? Quais os efeitos da obesidade na família (como lidam com determinadas situações, mudanças no cardápio)?
Papéis: Identificar as diferentes funções dos membros da família, do problema e do profissional de saúde.	O que a pessoa com obesidade faz de diferente na família por causa de sua condição? Como cada membro da família pode agir para enfrentar a obesidade? Ver Quadro 18. O que a família espera do profissional de Saúde?
Afeto: Como a família se relaciona afetivamente entre si e com o profissional de Saúde.	Mostrar empatia. Autorizar a expressão de sentimentos. Como é o envolvimento afetivo entre a pessoa com obesidade e os demais membros?
Comunicação: Forma de se comunicar entre os membros da família e com o profissional de saúde	Facilitar comunicação aberta. Não deixar assuntos inacabados. Desafiar alianças veladas.
Tempo no ciclo de vida: Qual a fase do ciclo de vida por que passa a família e como a obesidade afeta a transição.	Identificar a fase do ciclo de vida familiar. Discutir a transição no ambiente familiar.
História do adoecimento: Como a família vê a obesidade (medos, crenças, padrão entre gerações).	Abordar medos e crenças. Abordar repetições de padrão.
Comunidade e seus recursos	Existem espaços na comunidade que facilitam o enfrentamento da obesidade (locais para atividade física, grupos de controle do peso)? Como a família vê esses recursos?
Ambiente	As combinações para a redução de peso são dificultadas pelo ambiente externo (escola, trabalho)?

Papel	Exemplos
Sabotador	A esposa que não muda sua forma de cozinhar. A avó que segue dando guloseimas para a criança.
Crítico	O marido que zomba da esposa quando ela vai ao grupo de perda de peso.
Motivador	Familiar que apoia e colabora com as mudanças para a perda de peso.

Fonte: Brasil, 2014

Na abordagem da obesidade, ferramentas como o **Genograma** podem revelar: quais outros membros da família também são obesos; os tipos de relações que diferentes familiares têm com os indivíduos obesos; se o excesso de peso está associado à depressão ou a outras doenças e se existe algum padrão no surgimento da obesidade e na forma como os familiares se relacionam com quem tem obesidade, que se repete por gerações (Brasil, 2014).

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

O material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS) abrange uma abordagem integrativa e multidisciplinar, fundamentada em princípios da nutrição comportamental e da saúde pública. Com base em diretrizes nacionais e evidências científicas atualizadas, esse suporte visa não apenas à redução do peso corporal, mas à promoção de hábitos saudáveis sustentáveis. Incorporando estratégias de intervenção que consideram aspectos culturais e socioeconômicos, o material teórico busca fortalecer as práticas de atenção primária, capacitando profissionais de saúde para um cuidado personalizado e eficaz, visando o bem-estar integral dos pacientes. Foram selecionadas algumas ferramentas apontadas pelo material a seguir.

4.1 ABORDAGENS INDIVIDUAIS	
4.1.1 ATENDIMENTO DOMICILIAR COMPARTILHADO	
<b>O que é?</b>	<p>Atendimento realizado em domicílio por duas ou mais categorias profissionais de equipes como NASF-AB, ESF, SAD e ESB com o objetivo de promover o acesso ao cuidado em saúde de usuários que possuem limitações de acesso ao serviço de saúde, como aqueles restritos ao leito ou ao domicílio;</p> <p>Responder às necessidades de saúde de determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária;</p> <p>Envolve o indivíduo e sua família.</p> <p><b>Características:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ações sistematizadas, articuladas e regulares;</li><li>• Pauta-se na integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde;</li><li>• Desenvolve-se pelo trabalho em equipe mediante o uso de tecnologias de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamento).</li></ul>
<b>Descrição do método</b>	<p><b>Embasado nas ações da Atenção Domiciliar*:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Recurso diagnóstico na fase de avaliação inicial;</li><li>• Recurso terapêutico na fase de intervenção;</li><li>• Acompanhamento longitudinal dos usuários.</li></ul> <p><b>Aspectos a ser considerados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Deve haver consenso da necessidade em realizar o atendimento domiciliar compartilhado;</li><li>• Discussão do caso entre profissionais do NASF-AB, ESF e SAD deve ser segundo cronograma acordado entre as equipes (reuniões da ESF; reuniões entre profissionais da APS e AE), demandas e solicitações;</li><li>• Atendimento deve ser planejado, incluindo a preparação de materiais necessários para o atendimento, checagem prévia dos profissionais dos dados do usuário e revisão do roteiro proposto para o atendimento;</li><li>• Registro do atendimento no prontuário;</li><li>• Deve haver discussão entre as equipes sobre as condutas a serem tomadas;</li><li>• Construção conjunta de PTS (<b>ver item 4.1.4</b>) para o usuário ou família em questão com definição clara da necessidade de apoio, caracterização do contexto, avaliação diagnóstica e mapeamento de recursos;</li><li>• Mapeamento de redes de apoio e recursos comunitários disponíveis.</li></ul>
<b>Pontos positivos</b>	<p>Reduz o número de atendimentos entre os vários profissionais;</p> <p>Maior propensão de ser efetivo;</p> <p>Estabelece contato com a realidade do indivíduo e da família;</p> <p>Integralidade e resolubilidade da atenção;</p> <p>Favorece a pactuação de ações;</p> <p>Fortalece o vínculo preexistente de confiança do indivíduo com a ESF e com os profissionais do NASF-AB e a interdisciplinaridade.</p>
<b>Desafios</b>	<p>Conhecer e acolher as demandas da família, para isso, sugere-se a utilização de outras estratégias como o Ecomapa (<b>ver item 4.2.3</b>).</p>

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

## 4.1.2 ATENDIMENTO INDIVIDUAL COMPARTILHADO

<b>O que é?</b>	Atendimento ao usuário ou família realizado em conjunto por dois ou mais profissionais. Ex.: profissionais do NASF-AB e ESF.
<b>Descrição do método</b>	<p><b>O método varia de acordo com o funcionamento e organização da unidade de saúde, mas é importante que:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Haja discussão entre profissionais para definição dos casos a serem atendidos;</li><li>• A decisão pelo atendimento compartilhado seja tomada por consenso dos profissionais;</li><li>• O atendimento seja planejado, incluindo a preparação de materiais necessários para o atendimento, checagem prévia dos profissionais dos dados do usuário e revisão do roteiro proposto para o atendimento;</li><li>• Haja horário protegido na agenda dos profissionais envolvidos;</li><li>• Seja feito o registro do atendimento no prontuário;</li><li>• Haja discussão entre as equipes sobre as condutas a serem tomadas.</li></ul>
<b>Pontos positivos</b>	<p>Fortalece o vínculo preexistente de confiança do usuário com a equipe de saúde;</p> <p>Proporciona pactuação das ações;</p> <p>Maior propensão de ser efetivo;</p> <p>Integralidade e resolubilidade da atenção.</p>
<b>Desafios</b>	Dificuldade de alterar a cultura organizacional no SUS: quantidade em relação à qualidade dos atendimentos e referenciamento em detrimento da resolatividade.

## 4.1.3 ATENDIMENTO INDIVIDUAL ESPECÍFICO

<b>O que é?</b>	<p>Realizado apenas por um profissional, após regulação e pactuação com a equipe vinculada, atrelado a um projeto terapêutico produzido conjuntamente;</p> <p>Deve ser aplicado em situações específicas, sem perder de vista a necessidade do acompanhamento da ESF e discussão entre os profissionais envolvidos no caso.</p>
<b>Descrição do método</b>	<p>A responsabilização pelo usuário e, ou família deve ser compartilhada entre todos os profissionais da equipe;</p> <p>Os profissionais devem utilizar mecanismos de devolutiva dos casos, tais como prontuários físicos ou eletrônicos/e-SUS, discussão em reuniões de matriciamento, entre outros;</p> <p>Informações necessitam ser trabalhadas de forma simples e contextualizadas à realidade do usuário;</p> <p>É primordial que exista negociação, diálogo contínuo, postura ética e corresponsabilização por parte de todos os envolvidos, compartilhando o cuidado integral de diversas formas.</p>
<b>Pontos positivos</b>	<p>Quando o número de equipes vinculadas é menor, a possibilidade de realizar tais atendimentos é maior;</p> <p>Indicado para situações que demandam intervenções específicas e individualizadas;</p> <p>Eficiente para usuários que possuem dificuldades de participar de atividades coletivas;</p> <p>Permite boa escuta das demandas individuais.</p>
<b>Desafios</b>	Pode ser fragmentado se não for conduzido e discutido conjuntamente com a equipe.

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

## 4.1.4 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

<b>O que é?</b>	<p>Conjunto de propostas de condutas articuladas para o domínio individual ou coletivo (famílias, grupos ou comunidades) construído de forma coletiva por profissional/equipe de saúde, usuário e família;</p> <p>Leva em consideração a singularidade do usuário e dos problemas;</p> <p>Surge da escuta do indivíduo: considera seus valores, desejos, ideias, vínculos e rede social;</p> <p>O usuário participa dessa construção e assume tarefas dentro das metas e propostas definidas;</p> <p>Auxilia as equipes de saúde na definição e direcionamento das ações, além de garantir que sejam coerentes com o contexto do sujeito;</p> <p>Deve ser consultado e acompanhado pelos diferentes profissionais da equipe e pontos da rede (integralidade).</p>
<b>Descrição do método</b>	<p><b>Etapas para sua construção:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Identificar:</b> aspectos orgânicos, psíquicos e sociais; redes de apoio familiar e da comunidade; pessoas e outros setores que podem contribuir para alcançar as metas definidas; vulnerabilidades e potencialidades; experiências dos indivíduos com a doença visando o entendimento do indivíduo como um todo (identificar potenciais e fragilidades);</li><li>• <b>Definir metas:</b> traçar metas de curto, médio e longo prazo; negociar com o usuário envolvido e com as pessoas quais possui vínculo;</li><li>• <b>Dividir responsabilidades:</b> definir o papel de cada profissional no PTS; responsabilizar o usuário pelo PTS; estabelecer a participação dos familiares e da comunidade; e definir o profissional de referência para acompanhar as ações (vínculo);</li><li>• <b>Reavaliação:</b> identificar resultados alcançados, avaliar as estratégias utilizadas e definir novos rumos do PTS.</li></ul>
<b>Pontos positivos</b>	<p>Considera a singularidade do usuário e dos problemas o que torna as estratégias mais assertivas;</p> <p>Sujeito (usuário, família, grupo ou comunidade) participa da construção, o que incentiva sua responsabilização no cuidado em saúde;</p> <p>Todos os profissionais de saúde, independente da formação, devem participar ativa e produtivamente na construção do PTS;</p> <p>Considera a singularidade de cada sujeito (seja esse individual ou coletivo) e o inclui como protagonista no processo de cuidado;</p> <p>Auxilia os profissionais a definir junto ao usuário novas estratégias que possam melhorar os resultados, aumentar a responsabilização, levantar redes e pessoas de apoio e ajudar os profissionais a acompanhar e avaliar o trabalho planejado;</p> <p>Não se limita à Atenção Primária a Saúde, envolvendo todos os níveis de atenção e outros setores necessários, logo estimula a intersetorialidade;</p> <p>Fortalece a integralidade do cuidado entre os diferentes pontos de atenção da rede.</p>
<b>Desafios</b>	<p>Depende da aceitação e envolvimento do sujeito na sua construção;</p> <p>Depende da rede de apoio familiar e social disponível;</p> <p>Depende da aceitação e envolvimento pelos profissionais das unidades para sua construção, acompanhamento e avaliação de resultados;</p> <p>Depende de tempo protegido nas agendas desses profissionais para a realização das etapas do PTS e para a continuidade do cuidado.</p>

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

## 4.2 ABORDAGENS FAMILIARES PARA APOIO À ABORDAGEM INDIVIDUAL

### 4.2.1 CICLO DE VIDA FAMILIAR

<b>O que é?</b>	Divide a história da família em estágios de desenvolvimento, sendo que cada estágio é caracterizado por tarefas específicas e por estresse associado com a execução ou não das tarefas do estágio; Identifica fatores estressores que podem levar os membros dessa família a alguma disfunção; Considera a família como um sujeito agente do seu próprio processo de viver.
<b>Descrição do método</b>	Aborda as etapas que demarcam uma sequência previsível, mas nem todas as famílias passam pelo ciclo completo em sequência. Propostas de classificação em estágios das famílias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Duvall (Quadro 1)</i> - baseado na vida familiar na América do Norte, podendo outros grupos terem normas distintas. Mas, independente da cultura, a vida familiar se caracteriza por crises e conflitos, adaptação e inadaptção;</li> </ul>
<b>Descrição do método</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Minuchin (Quadro 2)</i> - estágios de vida em famílias vulneráveis com relações de curta duração, nascimentos sem planejamento, alto índice de morbimortalidade, morte precoce e doenças incapacitantes, famílias monoparentais, instabilidade e violência familiar e maior incidência de sofrimento psíquico;</li> <li>• <i>Carter e McGoldrick (Quadro 3)</i> - apresenta estágios de vida de famílias de classe média.</li> </ul>
<b>Pontos positivos</b>	Detecta situações disfuncionais nas famílias que podem se relacionar ao desenvolvimento/manutenção de doenças; Identifica potencialidades e dificuldades da família para apoio ao usuário; Amplia capacidade de resolver questões/situações conflituosas no âmbito da família; Identifica modelos de comunicação entre os membros da família e propõe melhorá-los; Promove o aconselhamento preventivo em relação a estresse previsível em uma das fases do ciclo; Favorece a aproximação com história, crises, projetos, expectativas, recursos, adaptabilidade, funcionalidade, resiliência e fatores de risco e de proteção das famílias; Facilita o levantamento de hipótese sobre a saúde do usuário e o planejamento de intervenções.
<b>Desafios</b>	Classificação dos estágios pode ser dificultada pelos inúmeros estágios propostos (8 - <i>Duvall</i> ); Classificação em um número menor de estágios é restrito a famílias em vulnerabilidade; Equipe multidisciplinar para suprir demandas que aparecerem nas discussões.

**Quadro 1** - Estágios das famílias segundo *Duvall*

ESTÁGIO	CARACTERÍSTICAS	OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES
<b>Estágio I</b>	Casamento e lar independente	• Casal aprende a dividir os vários papéis; a relação entre família (emocional e econômica) e amigos se torna mais independente.
<b>Estágio II</b>	Famílias com crianças pequenas	• Chegada de membro à família impõe novas tarefas e o ajustamento do sistema conjugal para criar espaço para o filho, responsabilidade educativa e financeira, e divisão de papéis; • Pode ser ocasião de consolidação ou risco de perturbação da relação conjugal.
<b>Estágio III</b>	Famílias com pré-escolares	• Prover espaço adequado para a família que cresce e enfrenta os custos financeiros; • Para prevenção de estresse é necessário encorajar um tempo para o casal, estimular o diálogo sobre educação dos filhos, fornecer informações sobre o desenvolvimento das crianças e manter uma satisfação mútua no papel de parceiros, parentes e comunidade.
<b>Estágio IV</b>	Famílias com escolares	• Primeiro grande teste ao cumprimento da função externa da família.
<b>Estágio V</b>	Famílias com adolescentes	• Viver com o adolescente: aumentar flexibilidade das fronteiras familiares para incluir independência dos filhos; • Confronto com diferentes valores, normas e comportamentos.
<b>Estágio VI</b>	Famílias com filhos adultos	• "Ninho Vazio".
<b>Estágio VII</b>	Famílias de meia-idade	• Aposentadoria: fim do salário regular requer ajuste financeiro e novas relações com filhos, netos e cônjuge.
<b>Estágio VIII</b>	Famílias envelhecendo	• Velhice: perda de habilidades e maior dependência, e conviver com a perda de amigos, familiares e, eventualmente, do cônjuge.

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

**Quadro 2** – Estágios das famílias segundo *Minuchin*

FASE DO CICLO	CARACTERÍSTICAS
<b>Família composta por jovem adulto</b>	Adolescentes são levados a buscar formas de subsistência fora de casa ou são fontes muito exploradas de ajuda, tornando-se um adulto sozinho, que cresce por conta própria, sem que outro adulto se responsabilize por ele.
<b>Família com filhos pequenos</b>	Ocupa grande parte do ciclo, incluindo dentro da mesma casa três ou quatro gerações. As tarefas desta fase se misturam: formar um sistema conjugal, assumir papéis paternos e reorganizar os papéis com as famílias de origem.
<b>Família no estágio tardio</b>	É mais raro ocorrer um ninho vazio de fato, uma vez que os idosos costumam ser membros ativos da família, com papel de sustentar e educar as gerações mais novas. As mulheres tornam-se avós precocemente mesmo que ainda estejam consolidando sua fase reprodutiva e reconstruindo sua vida afetiva.

**Quadro 3** – Estágios das famílias segundo *Carter e McGoldrick*

FASE DO CICLO	CARACTERÍSTICAS	TAREFAS
<b>Adulto jovem independente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autonomia e responsabilização emocional e financeira;</li> <li>Investimento profissional;</li> <li>Síndrome do filho canguru (permanência na casa dos pais).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diferenciação do eu em relação à família;</li> <li>Estabelecimento do eu com relação ao trabalho, com independência financeira.</li> </ul>
<b>Casamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casal inicia a vida a dois;</li> <li>Comprometimento com novo sistema familiar;</li> <li>Renegociação das relações com pais, amigos novos e antigos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Construção de regras próprias de funcionamento;</li> <li>Formação do sistema conjugal e o realinhamento dos outros relacionamentos – pais e amigos;</li> <li>Maior autonomia em relação à família de origem.</li> </ul>
<b>Nascimento do primeiro filho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gravidez: profundas transformações e novos acordos. A mãe sente-se sobrecarregada e o pai pode afastar-se mais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abertura da família para a inclusão de um novo membro;</li> <li>Divisão dos papéis dos pais, novo papel materno (e paterno);</li> <li>Realinhamento dos relacionamentos para incluir avós.</li> </ul>
<b>Famílias com filhos pequenos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Outros filhos: preparar o sistema para aceitar novos membros, antecipação de possíveis dificuldades entre os irmãos e novos contatos externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Novos ajustes das relações e do espaço;</li> <li>Redivisão das tarefas financeiras, domésticas e de educação.</li> </ul>
<b>Famílias com filhos adolescentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Filhos adolescentes/pais na meia idade/avós na velhice. Toda família vive uma crise: mãe sobrecarregada/pai autorizador e avós na flexibilidade das regras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adolescente: encontrar sua própria identidade;</li> <li>Pais: equilibrar a liberdade e considerar a individualidade do adolescente – preparação para autonomia;</li> <li>Família: independência dos filhos e fragilidade dos avós: inversão do cuidado para a geração mais velha.</li> </ul>
<b>Lançando os filhos e seguindo em frente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Filhos começam a sair de casa e deixam para trás os pais novamente sozinhos, um com o outro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aceitar as múltiplas entradas e saídas de membros na família;</li> <li>Renegociar sistema conjugal como casal (fim do papel de pais);</li> <li>Incluir os genros, noras e netos;</li> <li>Planejamento financeiro para aposentadoria.</li> </ul>
<b>Aposentadoria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Novas relações com os filhos e tornam-se avós, havendo um convívio mais intenso pelo maior tempo disponível.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fim do salário regular com redução da renda, aumento dos gastos com medicação; e necessidades de conforto, saúde e bem-estar.</li> </ul>
<b>Famílias no estágio tardio: a velhice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aceitação da mudança dos papéis em cada geração, sendo o papel mais central nas gerações do meio;</li> <li>Abrir espaço para sabedoria e experiência dos idosos, apoiando a geração mais velha, sem superfuncionar por ela.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Funcionamento do sistema, mesmo com declínio fisiológico, lidando com a perda da habilidade e maior dependência;</li> <li>Lidar com a perda de amigos, familiares ou cônjuge; e com a proximidade da própria morte.</li> </ul>

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS

## 4.2.3 ECOMAPA

### O que é?

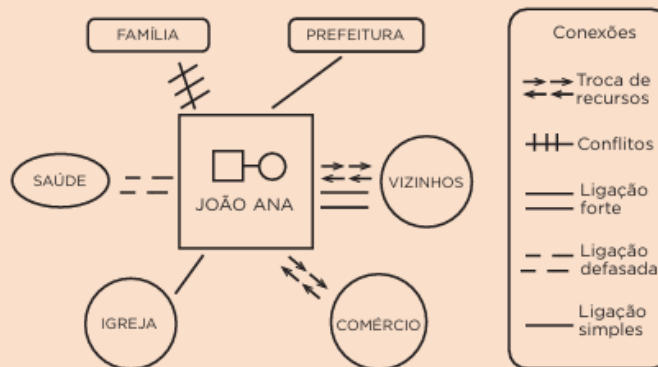
Representação gráfica dos contatos dos membros da família com outros sistemas sociais: relações entre a família e o meio em que vive;  
 Auxílio na avaliação de apoios e suportes disponíveis e na sua utilização pela família;  
 Retrato de um determinado momento da vida dos membros da família, portanto, dinâmico.

Inclui informações sobre as relações da família com o ambiente externo, tais como: vizinhança (área física), serviços da comunidade (médicos, saúde mental, conselho tutelar, etc.), grupos sociais (igreja, comissão de bairro, grupos de convívio: jogo de cartas, de caminhadas, etc.), educação, relações pessoais significativas (amigos, vizinhos, família mais afastada, etc.), no trabalho e outras específicas da família e da área em que habita;

Para construí-lo deve-se desenhar um círculo central com os membros da família e suas idades. Os círculos externos mostram os contatos da família com a comunidade. Como na figura a seguir (**Figura 1**), as linhas indicam o tipo de conexão: linhas contínuas e paralelas representam ligações fortes; linhas pontilhadas, ligações frágeis/defasadas; e linha com traços, aspectos estressantes/conflitos. As setas significam energia e fluxo de recursos; e ausência de linhas, ausência de conexão;

**Figura 1** - Exemplo hipotético de Ecomapa utilizado principalmente em visitas domiciliares

### Descrição do método



### Pontos positivos

Instrumento de trabalho de “leitura” quase imediata e de fácil entendimento dos profissionais e da família;  
 Representa a família no seu meio e a qualidade das relações com esse mesmo meio;  
 Pode ser aplicado por diferentes técnicos da equipe de saúde e é útil fundamentalmente para suportar o tipo de intervenções que a família necessita em determinada fase do seu desenvolvimento;  
 Representações gráficas do Ecomapa permitem compreender de forma mais integral o usuário, a família e seus problemas e traçar planos de acompanhamento e estratégias educativas mais efetivas.

### Desafios

Visualizam uma fotografia da família, podendo comprometer a sua dinamicidade;  
 Inviável para grupos devido à necessidade de vários profissionais e exposição de questões familiares e pessoais.

# Papel da Equipe Multiprofissional na APS



<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>



Para saber  
mais



# 10 Educação e Prevenção no Território

# Educação e Prevenção no Território

A APS é reconhecida como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde e tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) o primeiro acesso preferencial, com seu foco em coordenar o cuidado e ordenar a Rede de Atenção à Saúde, construindo vínculos na perspectiva de gerar autonomia nos indivíduos e na comunidade (Fittipaldi; O'Dwyer; Herinques, 2021).

A educação em saúde no território é uma ferramenta fundamental para o enfrentamento da SM, especialmente no contexto da APS.

Nesse sentido, promover ações educativas contínuas que envolvam temas como alimentação saudável, prática de atividade física, redução do estresse e adesão ao tratamento contribui para o empoderamento da população e a construção do autocuidado. O uso de estratégias como rodas de conversa, grupos operativos e oficinas interativas são eficazes para tornar o conhecimento acessível e aplicável à realidade local (Barreto *et al.*, 2019; Dias; Lopes; 2013).



Fonte: Freepik

As práticas de educação em saúde, quando desenvolvidas por equipes multiprofissionais, incorporam uma diversidade maior de saberes, o que favorece a criatividade nas ações e aumenta a adesão dos usuários. Além disso, o reconhecimento de que o conhecimento não está centralizado em um único profissional contribui para transformar as atividades educativas em espaços de troca e construção coletiva de saberes. (Barreto *et al.*, 2019)

A educação em saúde representa um instrumento essencial para fortalecer o autocuidado e enfrentar o processo saúde-doença. Por meio do diálogo entre o conhecimento popular e o saber técnico-científico, ela possibilita a ressignificação de práticas, valores e comportamentos, promovendo mudanças mais conscientes e sustentáveis no cuidado com a própria saúde (Moura *et al.*, 2017).

## Educação e Prevenção no Território

Apesar da predominância do modelo tradicional, observa-se APS a presença de práticas educativas que buscam romper com essa lógica. As estratégias pedagógicas podem ser entendidas como recursos que possibilitam o acesso ao aprendizado, promovendo a construção de significados e a ampliação do conhecimento de forma participativa e contextualizada (Soares *et al.*, 2017).

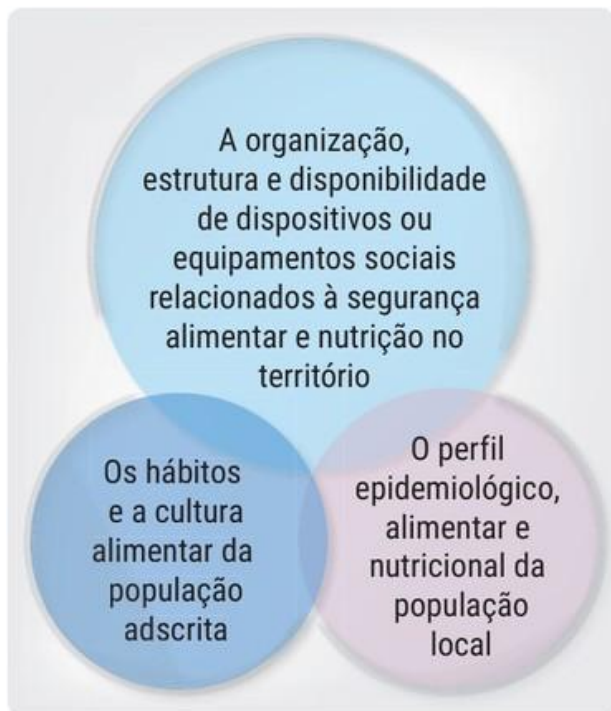
A identificação e localização dos dispositivos (feiras de alimentos, mercados, igrejas, escolas, centros comunitários, áreas de lazer, espaços para atividade física, empresas, restaurantes), seus usos pela população e sua importância para os fluxos das pessoas são de grande relevância para compreender a dinâmica social, hábitos e costumes e para a determinação de vulnerabilidades de saúde, alimentar e nutricional, como é o caso do sobrepeso e da obesidade

Para abordar a promoção de ambientes saudáveis no território, o setor saúde enfrenta limitações, necessitando adotar uma abordagem interdisciplinar. A intersetorialidade envolve a colaboração entre diversos setores, compartilhamento de conhecimentos e recursos para uma ação integrada em questões e necessidades comuns. Esta iniciativa contrapõe a fragmentação das políticas sociais, sendo crucial para mitigar desigualdades em saúde e melhorar a qualidade de vida da população. No contexto da saúde, focaliza a reformulação do modelo de atenção, visando intervir nos determinantes sociais e promover estratégias de saúde e alimentação adequadas e saudáveis.

Destaca-se a importância do trabalho multiprofissional, que possibilita olhar ampliado sobre as condições de saúde no território. Nesse sentido, é possível operacionalizar o Projeto de Saúde no Território (PST), que almeja integrar as equipes de eSF e NASF-AB/e-Multi no desenvolvimento de ações para produção da saúde no território.

Para trabalharmos as ações de alimentação e nutrição no território ampliado é importante considerar alguns elementos:

# Educação e Prevenção no Território



O ponto de partida para nossa atuação nas orientações individuais e coletivas é o conhecimento do perfil epidemiológico, alimentar e nutricional da população local. A partir desse entendimento, é fundamental promover hábitos alimentares saudáveis, incentivar a prática regular de atividade física e estimular a convivência comunitária de forma contextualizada. No entanto, muitos territórios enfrentam condições socioeconômicas e estruturais precárias que dificultam a adoção de práticas saudáveis, contribuindo para o aumento das doenças entre esses grupos.

Diante disso, é essencial estimular o uso de recursos e dispositivos disponíveis no território que favoreçam a promoção da alimentação adequada, o incentivo à saúde e o engajamento em intervenções que visem à melhoria do estado nutricional, à mudança de comportamentos alimentares e à manutenção ou redução do peso corporal.

O trabalho das equipes multiprofissionais inclui a identificação de dispositivos como:

- locais de produção de alimentos;
- comercialização e distribuição de alimentos;
- costumes e tradições alimentares locais;
- acesso à água potável.



# Educação e Prevenção no Território

As ações intersectoriais voltadas para o território ampliado devem concentrar-se em três vertentes de atuação: **incentivo, proteção e apoio**

Medidas de incentivo	Medidas de apoio	Medidas de proteção
Difundem informação, promovem práticas educativas e motivam os indivíduos para a adoção de práticas saudáveis.	Tornam mais factível a adesão a práticas saudáveis por indivíduos e coletividades informados e motivados.	Impedem que coletividades e indivíduos fiquem expostos a fatores e situações que estimulem práticas não saudáveis.
Exemplos: ações de educação nutricional nas escolas e nos ambientes de trabalho, atividades de sensibilização e mobilização para a adoção de hábitos saudáveis.	Exemplos: programas de alimentação institucional, viabilização de espaços públicos seguros para práticas corporais/atividade física; criação de espaços que favoreçam a amamentação nos ambientes de trabalho; criação de grupos de apoio para mulheres que estão amamentando; a disponibilização de alimentos e preparações saudáveis nas feiras, supermercados e padarias.	Exemplos: a regulamentação da comercialização de produtos dirigidos a lactentes; proibição do tabagismo em estabelecimentos em espaços coletivos e a regulamentação da rotulagem de alimentos, bem como a regulamentação de publicidade de alimentos.

## Academias da Saúde



Esses espaços podem ser utilizados como locais de encontro para os usuários, favorecendo a prática de atividades físicas e o acesso a informações importantes para o cuidado com a saúde. Diante do atual cenário epidemiológico, as ações devem priorizar a promoção de um estilo de vida saudável, com foco na prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT),

como a obesidade. Um dos propósitos do Programa Academias da Saúde é incentivar a adoção de práticas alimentares saudáveis. Assim, é essencial que as equipes de saúde integrem esses espaços às suas estratégias de cuidado, promovendo, por meio da combinação entre atividade física e alimentação saudável, a incorporação de hábitos benéficos pela população acompanhada, contribuindo para a redução e controle dos casos de sobrepeso e obesidade.

# Educação e Prevenção no Território

## Indicadores de consumo alimentar

Realizar a avaliação do consumo de alimentos na rotina da atenção primária constitui-se em uma ação estratégica que colabora para o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população, e que ao mesmo tempo fornece os subsídios necessários para o planejamento e a organização do cuidado em saúde nos territórios.

Visando orientar esse processo, em 2015 foi publicado pelo Ministério da Saúde o material instrucional intitulado “Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na Atenção Primária” (Brasil, 2015b).

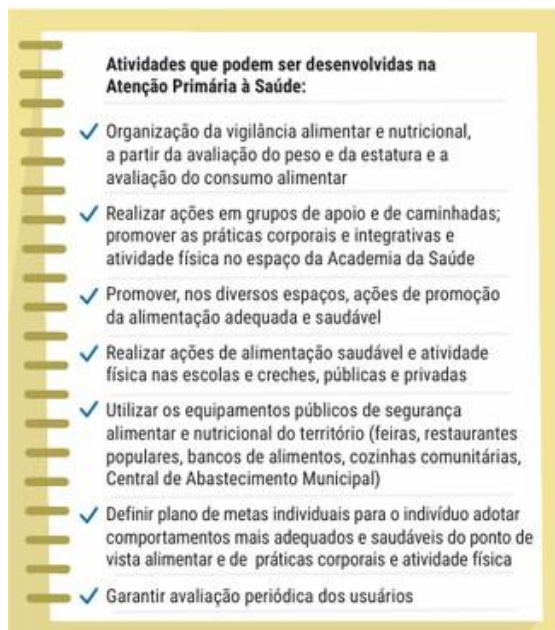
Dispõe de três formulários, cada um contendo marcadores de consumo alimentar específicos para cada ciclo da vida:

- um para crianças menores de seis meses;
- um para crianças de seis a 23 meses e 29 dias de idade; e
- outro para crianças com dois anos de idade ou mais, adolescentes, adultos, idosos e gestantes).

O formulário destinado à avaliação da prática alimentar de adultos foi baseado na nova proposta do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014a), e propõe que a avaliação do consumo de alimentos seja referente ao dia anterior, a fim de amenizar possíveis vieses de memória, ou seja, esquecimentos relativos à alimentação realizada.



# Educação e Prevenção no Território



Diversos espaços podem favorecer a realização de ações e estratégias coletivas, a partir das informações obtidas pelo diagnóstico da vigilância alimentar e nutricional. Isso amplia a possibilidade de articulação com diferentes setores sociais, como escolas, creches, unidades da rede de assistência social, centros esportivos e de lazer, restaurantes populares, cozinhas comunitárias, associações de moradores, entre outros (Warmling *et al.*, 2019).

## Práticas Integrativas e Complementares

Algumas práticas integrativas e complementares também podem ser usadas como adjuvantes para a perda de peso:

As PICS foram institucionalizadas no Brasil por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Dentre as práticas que compõem as PICS, destacam-se: Medicina Tradicional, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/ Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Meditação, Musicoterapia, Terapia Chinesa/Acupuntura, Naturopatia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia e Terapia de Florais (Miranda *et al.*, 2022).

Práticas integrativas e complementares como recurso adicional para a perda de peso		Práticas integrativas e complementares como recurso adicional para a perda de peso	
Acupuntura	Há associação entre acupuntura e significativa redução de peso.	Mindfulness	Alguns estudos associam à perda e manutenção de peso.
Auriculoterapia	Também pode ser usada. Em alguns estudos demonstra estar associada a uma pequena redução de peso.	Yoga	Uma revisão encontrou evidências que a prática de yoga pode reduzir peso em pessoas com sobrepeso ou obesidade.

# Educação e Prevenção no Território

Todo este capítulo foi elaborado com base nos documentos "Abordagem do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde" e "Reconhecendo o Sobrepeso e a Obesidade no Contexto da Atenção Primária à Saúde", os quais oferecem diretrizes atualizadas e contextualizadas para o enfrentamento dessas condições no âmbito da APS. Essas referências reforçam a importância de uma abordagem integral, centrada na pessoa e ancorada nos princípios da promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado contínuo, destacando o papel estratégico da Atenção Primária na identificação precoce, acompanhamento e tratamento do sobrepeso e da obesidade.



[https://unասus-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/189187/mod\\_resource/content/18/moodleface1/livro.pdf](https://unասus-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/189187/mod_resource/content/18/moodleface1/livro.pdf)



[https://unասus-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/189187/mod\\_resource/content/18/moodleface1/livro.pdf](https://unասus-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/189187/mod_resource/content/18/moodleface1/livro.pdf)



Para saber  
mais



# Educação e Prevenção no Território



[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf)



Para saber  
mais



[https://nutricao.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/manual/upload\\_30062022/11%20-%20CAB%20-%20INSTRUTIVO%20DE%20ABORDAGEM%20COLETIVA%20PARA%20MANEJO%20DA%20OBESIDADE%20NO%20SUS%20-%20CADERNO%20DE%20ATIVIDADES%20EDUCATIVAS.pdf](https://nutricao.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/manual/upload_30062022/11%20-%20CAB%20-%20INSTRUTIVO%20DE%20ABORDAGEM%20COLETIVA%20PARA%20MANEJO%20DA%20OBESIDADE%20NO%20SUS%20-%20CADERNO%20DE%20ATIVIDADES%20EDUCATIVAS.pdf)



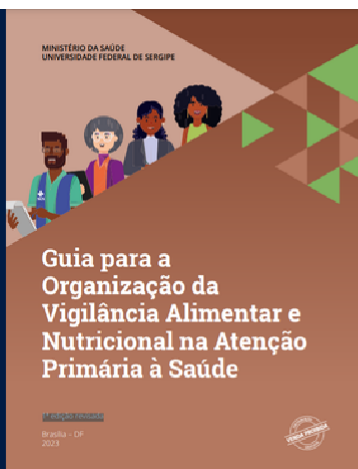
Para saber  
mais



# Educação e Prevenção no Território



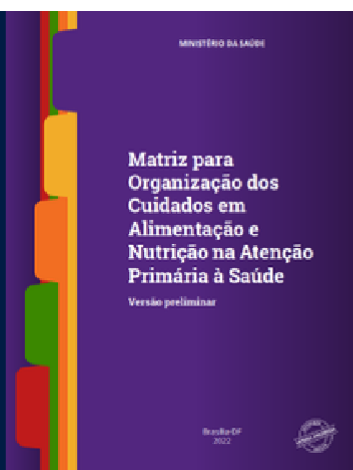
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_organizacao\\_vigilancia\\_alimentar\\_nutricional.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf)



Para saber  
mais



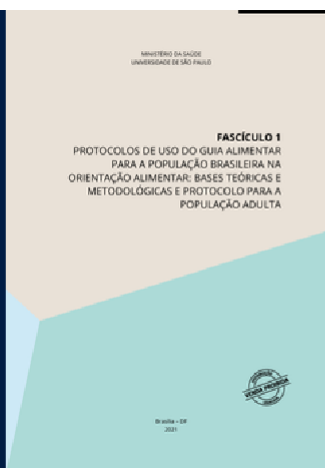
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz\\_organizacao\\_cuidados\\_alimentacao\\_aps.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_organizacao_cuidados_alimentacao_aps.pdf)



Para saber  
mais



[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_guia\\_alimentar\\_fasciculo1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo1.pdf)



Para saber  
mais



# Educação e Prevenção no Território



<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/cartazes-e-cartilhas/casaps-versao-profissionais-saude-gestores-completa.pdf/view>



Para saber  
mais



[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacao\\_marcadores\\_consumo\\_alimentar.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacao_marcadores_consumo_alimentar.pdf)



Para saber  
mais



[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/guia\\_atividade\\_fisica\\_populacao\\_brasileira.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf)



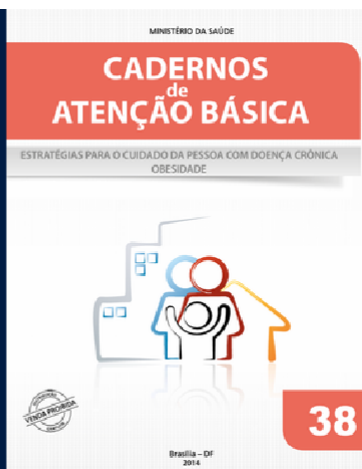
Para saber  
mais



# Educação e Prevenção no Território



[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_obesidade\\_cab38.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf)



Para saber  
mais



[https://nutricao.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/manual/upload\\_30062022/12%20-%20CAB%20-%20%20INSTRUTIVO%20DE%20ABORDAGEM%20COLETIVA%20PARA%20MANEJO%20DA%20OBESIDADE%20NO%20SUS.pdf](https://nutricao.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/manual/upload_30062022/12%20-%20CAB%20-%20%20INSTRUTIVO%20DE%20ABORDAGEM%20COLETIVA%20PARA%20MANEJO%20DA%20OBESIDADE%20NO%20SUS.pdf)



Para saber  
mais



# REFERÊNCIAS

ALVES, J.T.M. A importância da intervenção nutricional na prevenção e tratamento da síndrome metabólica. 2016.

ALVES, L. P. et al. Consequências e tratamento da síndrome metabólica na população idosa. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 12, p. 587-596, 2023.

BARRETO, A. C. O. et al.. Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 266–273, jan. 2019.

BARROS, L.M. C.; MIRANDA, L. P. A. Síndrome metabólica e sua relação com hábitos alimentares em indivíduos atendidos em uma clínica do Sul de Minas Gerais. **Studies in Health Sciences**, v. 6, n. 1, p. e14900-e14900, 2025.

BATISTA, I. C. S. et al. Síndrome Metabólica: Uma Perspectiva Holística para a Saúde Cardiometabólica. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 3, p. 1466-1474, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: MS, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fascículo 1 Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS**. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014b.

# REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

BRESSAN, J.; VIDIGAL, F.C. Dieta na abordagem terapêutica da síndrome metabólica. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN**, v. 6, n. 1, p. 55-60, 2014.

CAMPOS, D. A. et al. **Abordagem do sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico]. -- 1. ed. -- Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

CARMO SILVA-JÚNIOR, A. do et al. Repercussões da prevalência da síndrome metabólica em adultos e idosos no contexto da atenção primária. **Revista de Salud Pública**, v. 20, p. 735-740, 2020.

CARVALHO, L. L. et al. CORRELAÇÃO ENTRE OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA: UMA REVISÃO SOBRE SEUS IMPACTOS NA SAÚDE. **Revista Contemporânea**, v. 5, n. 4, p. e7832-e7832, 2025.

COLOMBO, C. M. et al. Efeitos de curto prazo de um programa de atividade física moderada em pacientes com síndrome metabólica. **Einstein** (São Paulo), v. 11, p. 324-330, 2013.

DAVIES, M. et al. Impact of obesity on the progression of metabolic syndrome: a systematic review. **Obesity Research & Clinical Practice**, v. 14, n. 2, p. 1-7, 2020.

DIAS, G. A. R.; LOPES, M. M. B. Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 449-460, 2013.

FITTIPALDI, A. L. M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200806, 2021.

FORD, E.S.; LI, C.; ZHAO, G. Prevalence and correlates of metabolic syndrome based on a harmonious definition among adults in the US. **Journal of diabetes**, v. 2, n. 3, p. 180-193, 2010.

# REFERÊNCIAS

FRANÇA, M. L.; SOUZA, S. S.; MARQUES, N. S. F. Benefícios da prática de exercício físico em pacientes com síndrome metabólica. **DêCiência em Foco**, v. 1, n. 1, p. 30-47, 2017.

GAMA, I.R.S. et al. Síndrome Metabólica: Evidências atuais sindêmicas, diagnóstico, tratamento e dietoterapia. **LUMEN ET VIRTUS**, v. 15, n. 39, p. 1904-1923, 2024.

GE, H. et al. The prevalence and associated factors of metabolic syndrome in Chinese aging population. **Scientific Reports**, v. 10, n. 1, p. 20034, 2020.

GONZÁLEZ, M. A.; MARTÓNEZ, F. J.; PEREIRA, L. T.; et al. Redução do estresse percebido melhora parâmetros metabólicos em pacientes com síndrome metabólica: um estudo de intervenção educativa. **Diabetes & Metabolism Journal**, v. 48, n. 1, p. 79-91, 2024.

GONZÁLEZ-MUNIESA, P. et al. Obesity. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 3, p. 17034, 2017.

HANNA, A. C. L. et al. Abordagens emergentes para o tratamento da obesidade e síndrome metabólica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 3, p. 11423-11437, 2023.

JACOMINI, C. P. et al. Intervenções clínicas no controle da resistência à insulina: Implicações para a prevenção de doenças metabólicas e cardiovasculares. **Journal of Medical and Biosciences Research**, v. 1, n. 5, p. 367-377, 2024.

JUNIOR, M. Pereira et al. Exercício físico resistido e síndrome metabólica: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício (RBPFE)**, v. 7, n. 42, p. 11, 2013.

LEITÃO, M. P. C.; MARTINS, I. S.. Prevalência e fatores associados à síndrome metabólica em usuários de unidades básicas de saúde em São Paulo - SP. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 1, p. 60–69, jan. 2012.

LIMA, S. M.; FIGUEIREDO, B. Q.; SAFATLE, G. C. B. Síndrome metabólica e o papel da atividade física na abordagem clínica das comorbidades associadas. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e56611932322-e56611932322, 2022.

# REFERÊNCIAS

LIMA, S. M.; FIGUEIREDO, B. Q.; SAFATLE, G. C. B. Síndrome metabólica e o papel da atividade física na abordagem clínica das comorbidades associadas. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e56611932322-e56611932322, 2022.

LIRA, I. T. S. et al. Abordagens multidisciplinares e inovações tecnológicas no manejo da Síndrome Metabólica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 4, p. e72399-e72399, 2024.

LIRA, J. C. G. et al. Prevalência da síndrome metabólica e de seus componentes em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Texto & Contexto-Enfermagem**, [s.l.], v. 27, p. 12-22, 2018.

LUDWIG, M. W. B. et al.. Intervention Protocol Based on Transtheoretical Model of Behavior Change for Metabolic Syndrome. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 37, p. e37401, 2021.

MAIA, R. H. S.; NAVARRO, A. C. O exercício físico leve a moderado como tratamento da obesidade, hipertensão e diabetes. **RBONE-Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento**, v. 11, n. 66, p. 393-402, 2017.

MENDONÇA, J.M.T. et al. Conhecimento de profissionais da atenção primária em saúde mental: diagnóstico pelo mhGAP. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 4s, 2023.

MIRANDA, M. L. P. Comparativo entre diretrizes de linhas de cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade. **Painel Brasileiro da Obesidade. Ciclo 2021. Working Paper**. São Paulo: Instituto Cordial, 2022.

MORALES-PALOMO, F. et al. Effectiveness of aerobic exercise programs for health promotion in metabolic syndrome. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 51, n. 9, p. 1876-1883, 2019.

MOURA, I. H. et al. Construção e validação de material educativo para prevenção de síndrome metabólica em adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. e2934, 2017.

NASCIMENTO, B. M. O.; DIAS, N. X. D.; BARBOSA, J. S. P. Fatores que influenciam na prevalência da síndrome metabólica: revisão literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 6, n. 13, p. 406-414, 2023.

# REFERÊNCIAS

NUNES, M. I. L. B. et al. Atividade física como prevenção da obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência: uma revisão integrativa. **Multidisciplinary Reviews**, v. 4, p. e2021009-e2021009, 2021.

OLIVEIRA, L. V. A. et al. Prevalência da síndrome metabólica e seus componentes na população adulta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4269-4280, 2020.

PASSOS, J. R. C. et al. Abordagem multidisciplinar no tratamento da síndrome metabólica: estratégias e desafios na clínica médica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 6, p. 30196-30207, 2023.

PEPE, R. B. et al. **Posicionamento sobre o tratamento nutricional do sobrepeso e da obesidade: departamento de nutrição da Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica (ABESO - 2022)**. -- 1. ed. -- São Paulo: Abeso, 2022.

PEREIRA, W. R. C. et al. **Efeitos do exercício físico nos fatores de risco para a síndrome metabólica**. Referências em Saúde do Centro Universitário Estácio de Goiás, v. 3, n. 02, p. 171-176, 2020.

RAMIRES, E. K. N. M. et al. Prevalence and Factors Associated with Metabolic Syndrome among Brazilian Adult Population: National Health Survey - 2013. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 110, n. 5, p. 455–466, maio 2018.

RANGEL, F. R. et al. Síndrome dos Ovários Policísticos: Revisão Sistemática da Etiologia, Fisiopatologia, Diagnóstico e Tratamento. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 5403-5412, 2024.

REIS, M. E. A. et al. Aleitamento Materno e Alimentação Adequada: Aliados na prevenção da Síndrome Metabólica na infância. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 5342-5359, 2023.

Rodrigues, A. L. M. **Educação em saúde de pescadores artesanais da Amazônia legal: síndrome metabólica e sua relação com a qualidade de vida**. - Palmas, TO, 2020.

RODRIGUES, A.P.S. et al. **Atenção integral à saúde das pessoas com sobrepeso e obesidade** [Ebook]. Dados eletrônicos (1 arquivo : PDF) - Goiânia : Cegraf UFG, 2023.

# REFERÊNCIAS

SÁ, N.N.B.; MOURA, E. C. Fatores associados à carga de doenças da síndrome metabólica entre adultos brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1853-1862, 2010.

SANTOS, A.L.V.C. et al. Síndrome Metabólica em Idosos: Abordagens terapêuticas específicas. **Journal of Medical and Biosciences Research**, v. 2, n.3, 2025.

SANTOS, F. A. A. et al. Nível de atividade física de lazer e sua associação com a prevalência de síndrome metabólica em adultos: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200070, 2020.

SILVA, M. F. PREVALÊNCIA DA SÍNDROME METABÓLICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Scientia Generalis**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 298–306, 2021.

SILVA, A. G. et al. Obesidade abdominal e síndrome metabólica em adultos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Nutrição**, v. 15, n. 2, p. 45-58, 2022.

SILVA, D. R. et al. Síndrome metabólica: seus riscos e malefícios para a saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 2, p. e15138-e15138, 2024.

SILVA, T. F. L. et al. Síndrome metabólica na insuficiência cardíaca. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 25, p. e19351-e19351, 2025.

SOARES, A. N. et al. Dispositivo educação em saúde: reflexões sobre práticas educativas na atenção primária e formação em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. e0260016, 2017.

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **ROTEIRO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL (CuidaSM)** / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2023.

VIEIRA, E. C.; PEIXOTO, M. DO R. G.; SILVEIRA, E. A. Prevalence and factors associated with Metabolic Syndrome in elderly users of the Unified Health System. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 4, p. 805–817, out. 2014.

WARMLING, D. et al. **Reconhecendo o sobrepeso e a obesidade no contexto da atenção primária à saúde** [recurso eletrônico] -- 1. ed. -- Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

ZINMAN, B. et al. The role of insulin resistance in obesity and metabolic syndrome: clinical implications. **Diabetes Care**, v. 42, n. 2, p. 1-9, 2019.

## **SITES**

**Site | Vitrines do conhecimento: alimentação e nutrição em saúde pública**

**Linha de cuidado do Sobrepeso e Obesidade**

Realizado o Depósito legal na Biblioteca Nacional conforme a Lei nº  
10.994, de 14 de dezembro de 2004.

**TÍTULO:**

**SÍNDROME METABÓLICA:** guia prático sobre síndrome metabólica  
na atenção primária à saúde

**AUTORES:**

Francisca Adriana Vieira da Silva  
Magnólia de Jesus Sousa Magalhães  
Andressa Thays Maria Chaves Medeiros  
Ester Eustorgio Cunha  
Karina Caitano de Brito Azevedo  
Maria Rita Barbosa da Silva  
Francisco José Sousa Magalhães  
Fábio Barroso Martins Dantas

**PROJETO GRÁFICO E CAPA:**

Francisca Adriana Vieira da Silva

**ILUSTRAÇÃO DA CAPA:**

Francisca Adriana Vieira da Silva

**PÁGINAS:**

128 páginas

**TIPOGRAFIA:**

Time New Roma | Corpo  
Time New Roma | Títulos

# AUTORES

## **Andressa Thays Maria Chaves Medeiros**

Filiação: Universidade Estadual do Maranhão

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-5334-1396>

CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1980710808395003>

E-mail: [andressathaysmedeiros@gmail.com](mailto:andressathaysmedeiros@gmail.com)

## **Ester Eustorgio Cunha**

Filiação: Universidade Estadual do Maranhão

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1853-302X>

CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9287098838096227>

E-mail: [ester23cunha@gmail.com](mailto:ester23cunha@gmail.com)

## **Fábio Barroso Martins Dantas**

Filiação: Universidade Estadual do Maranhão

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-4308-1149>

E-mail: [fabio@dantas.med.br](mailto:fabio@dantas.med.br)

CV lattes: <http://lattes.cnpq.br/9568845810871318>

## **Francisca Adriana Vieira da Silva**

Filiação: Universidade Estadual do Maranhão

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2627-6326>

CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2262665554446982>

E-mail: [dricavieirasv@gmail.com](mailto:dricavieirasv@gmail.com)

## **Francisco José Sousa Magalhães**

Filiação: Universidade Estadual do Maranhão

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-4547-8868>

CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4510876184464613>

E-mail: [franciscomagalhaes@professor.uema.br](mailto:franciscomagalhaes@professor.uema.br)

# AUTORES

## **Karina Caitano de Brito Azevedo**

Filiação: Universidade Estadual do Maranhão

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5152-3472>

CV Lattes: <https://lattes.cnpq.br/1494837048740597>

E-mail: [karinnabrito96@gmail.com](mailto:karinnabrito96@gmail.com)

## **Magnólia de Jesus Sousa Magalhães**

Filiação: Universidade Estadual do Maranhão

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4869-019X>

CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9915193601653792>

E-mail: [magnoliamagalhaes@professor.uema.br](mailto:magnoliamagalhaes@professor.uema.br)

## **Maria Rita Barbosa da Silva**

Filiação: Universidade Estadual do Maranhão

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-4223-025>

CV Lattes: <https://lattes.cnpq.br/2041821021780914>

E-mail: [mariaritabarbosaa@gmail.com](mailto:mariaritabarbosaa@gmail.com)



Editora  
**Uema**



**Uema**  
UNIVERSIDADE ESTADUAL  
DO MARANHÃO



**PRMSF**  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UEMA