www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/f9vwmv88

Os desafios do tratamento da obesidade no SUS: um relato de experiência

The challenges of treating obesity in the SUS: an experience report

Letícia Silva Victor[1]
Renann Lores de Sousa[2]

RESUMO

A obesidade é uma doença crônica e multifatorial cujo tratamento representa um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente diante das limitações de acesso a recursos terapêuticos e das desigualdades socioeconômicas. O presente trabalho teve como objetivo analisar os desafios envolvidos no tratamento da obesidade no SUS a partir de um relato de experiência desenvolvido durante a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, em uma Unidade Básica de Saúde de Anápolis, Goiás. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, construído com base na experiência assistencial iniciada em março de 2025 e articulado a uma revisão de literatura realizada nas bases PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A vivência permitiu identificar dificuldades relacionadas à indisponibilidade de medicamentos específicos para o tratamento da obesidade na rede pública local, ao custo das alternativas disponíveis no setor privado, à espera pelo acompanhamento nutricional e às condições socioeconômicas que interferem na adoção de mudanças no estilo de vida. Também se observou a complexidade do cuidado de pessoas com obesidade e comorbidades associadas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemias, reforçando a necessidade de acompanhamento contínuo e individualizado. Conclui-se que o tratamento da obesidade no SUS exige uma abordagem integral, que considere as necessidades clínicas e sociais dos usuários, fortaleça o acompanhamento multiprofissional e amplie o acesso às possibilidades terapêuticas, de acordo com as indicações clínicas e os recursos disponíveis na rede pública.

Palavras-chave: Obesidade; Saúde Pública; Tratamento; Nutrologia; Endocrinologia.

ABSTRACT

Obesity is a chronic, multifactorial disease, and its treatment poses a challenge for the Unified Health System (SUS), Brazil’s public healthcare system, particularly given limited access to therapeutic resources and existing socioeconomic inequalities. This study aimed to analyze the challenges involved in treating obesity within the SUS, based on an account of experiences gained during a medical residency in Family and Community Medicine at a Primary Health Care Unit in Anápolis, Goiás. This is a descriptive, qualitative study, developed from clinical practice that began in March 2025 and supplemented by a literature review conducted via PubMed and the Virtual Health Library (BVS). The experience highlighted several difficulties: the unavailability of specific anti-obesity medications within

1 Médica residente do Programa de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade da UniEVANGÉLICA – Universidade Evangélica de Goiás. Anápolis – Goiás – Brasil.

2 Orientador do Trabalho de Conclusão de Curso no Programa de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade da UniEVANGÉLICA – Universidade Evangélica de Goiás. Anápolis – Goiás – Brasil.

the local public health network; the high cost of alternatives in the private sector; long wait times for nutritional counseling; and socioeconomic conditions that hinder the adoption of lifestyle changes. The study also underscored the complexity of providing care to individuals with obesity and associated comorbidities such as diabetes mellitus, hypertension, and dyslipidemia which necessitates continuous, individualized follow-up. It is concluded that treating obesity within the SUS requires a comprehensive approach that addresses both the clinical and social needs of patients, strengthens multidisciplinary care, and expands access to therapeutic options, in alignment with clinical guidelines and the resources available within the public health system.

Keywords: Obesity; Public Health; Treatment; Nutrology; Endocrinology.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é reconhecida como uma doença crônica e recorrente, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. Embora o índice de massa corporal (IMC ≥ 30 kg/m²) permaneça como ferramenta inicial de rastreamento, seu uso isolado não é suficiente para estabelecer o diagnóstico. Para sua confirmação, recomenda-se associar o IMC elevado a pelo menos uma medida antropométrica adicional, como circunferência da cintura (≥ 102 cm para homens e ≥ 88cm para mulheres), relação cintura-quadril (≥ 0,90 para homens e ≥ 0,85 para mulheres) ou relação cintura-altura (≥ 0,50 para ambos os sexos). Outra possibilidade é a identificação de pelo menos duas medidas antropométricas alteradas, independentemente do IMC, ou a confirmação do excesso de gordura corporal por métodos de avaliação da composição corporal, como bioimpedância ou densitometria por dupla emissão de raios X (DEXA) (Rubino *et al*., 2025). Além dos desafios relacionados ao seu diagnóstico e manejo, a obesidade representa um importante problema de saúde pública, uma vez que está associada ao aumento do risco de diversas comorbidades, com repercussões negativas sobre a saúde e a qualidade de vida da população acometida (Breda *et al*., 2024).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças 11 (CID-11) a obesidade é uma doença complexa manifesta por um excesso de adiposidade de forma prejudicial à saúde (Li *et al*., 2025). Em termos de prevalência, ela acomete mais de um bilhão de pessoas em diferentes idades e situações socioeconômicas, sendo estimado que cerca de 16% da população global, em 2024, já vivia com obesidade (Ben-Porat *et al*., 2025; Boppre *et al*., 2026). Esse índice reforça a importância da compreensão dessa patologia e dos seus impactos, visto a sua alta prevalência e morbidade associada.

Estima-se que cerca de 2,1 bilhões de pessoas tenham sobrepeso ou obesidade no mundo (1 bilhão de homens e 1,1 bilhão de mulheres). Em 2025, 68% dos adultos brasileiros

apresentaram excesso de peso e em 2030, projeta-se que mais de 30% apresentarão obesidade (ABESO, 2026).

Dessa forma, é possível observar que existem fatores determinantes para um aumento no percentual de obesidade, podendo variar de acordo com a região e estilo de vida local e o entendimento dessa perspectiva ajuda a prever e definir mudanças a serem estabelecidas visando minimizar esse índice.

Em estudo que analisou os custos da obesidade, hipertensão e diabetes para o SUS em 2018, Nilson *et al.* (2020) estimaram que a obesidade foi responsável por aproximadamente R$1,42 bilhão em gastos, considerando também os custos relacionados às doenças crônicas associadas. Esses dados demonstram o expressivo impacto econômico da obesidade sobre o sistema público de saúde.

Não obstante, essa patologia está associada a um aumento de morbidade, podendo desencadear outras condições crônicas como diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, distúrbios musculoesqueléticos e alguns tipos de câncer (Zhang *et al*., 2024). Isso demonstra que o impacto da obesidade vai além da condição clínica em si, mas reforça que a sua presença atua como um fator de risco para outras doenças que comprometem a morbimortalidade e a qualidade de vida dos pacientes e, dessa forma, também influencia diretamente em maiores custos de saúde para a rede pública, além de comprometer importantes marcadores de desenvolvimento humano e social.

Apesar de ser uma doença crônica, a obesidade atualmente possui diversos mecanismos de tratamento, sejam eles farmacológicos, cirúrgicos ou através de modificação do estilo de vida dos acometidos. Mesmo assim, é evidente que a implementação desses métodos terapêuticos pode não ser de fácil acesso nos serviços de saúde, sobretudo na rede pública. Por isso, a compreensão dos desafios e fatores determinantes do acesso a tratamentos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) é importante para a definição de estratégias que minimizem as condições limitantes para essa implementação.

Os tratamentos baseados na alimentação e estilo de vida visam reduzir o consumo total de energia através do controle de quantidade e qualidade dos macronutrientes ingeridos, com a intenção de causar no balanço final um déficit energético, sendo geralmente a primeira linha de tratamento da obesidade (Li *et al*., 2025). Por outro lado, o tratamento cirúrgico através da bariátrica surgiu como uma alternativa de tratamento para pacientes com obesidade severa ou moderada complicada por comorbidades secundárias (Boppre *et al*., 2026).

Entre as opções farmacológicas disponíveis para o tratamento da obesidade, destacam-se os medicamentos que atuam nas vias incretínicas, como os agonistas do receptor GLP-1, a

exemplo da semaglutida e da liraglutida, e os agonistas duplos dos receptores GIP/GLP-1, como a tirzepatida. Essas terapias demonstraram eficácia na redução ponderal, além de benefícios metabólicos e cardiovasculares em populações específicas, conforme as evidências disponíveis para cada medicamento (Ben-Porat *et al*., 2025).

Desse modo, o presente estudo foi desenvolvido com o intuito de fazer um relato de experiência objetivando compreender os principais desafios atuais para o tratamento da obesidade através do sistema público de saúde brasileiro.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os desafios envolvidos no tratamento da obesidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de um relato de experiência na prática assistencial durante a Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade, considerando as barreiras ao cuidado, as limitações dos serviços de saúde e as particularidades que permeiam o acompanhamento das pessoas com obesidade.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever a experiência vivenciada no acompanhamento de pessoas com obesidade no contexto do SUS, considerando as características da assistência prestada.

Identificar as principais dificuldades relacionadas ao acesso, à continuidade do acompanhamento e à adesão ao tratamento da obesidade.

Discutir a influência dos fatores socioeconômicos, comportamentais e institucionais sobre o manejo clínico da obesidade na rede pública de saúde.

Refletir sobre os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde e as possibilidades de aprimoramento do cuidado integral e individualizado às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho corresponde a um estudo de caráter descritivo, com análise qualitativa, da experiência vivenciada durante a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade pela instituição da Universidade Evangélica de Goiás, em Anápolis, por meio do acompanhamento de pessoas com obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa modalidade de estudo permite descrever situações

vivenciadas no cotidiano profissional e refletir criticamente sobre seus significados, considerando os desafios identificados na prática assistencial e suas repercussões para a formação médica.

A escolha desse delineamento foi sustentada através da necessidade de compreender os obstáculos encontrados no manejo da obesidade a partir da realidade de um serviço público de saúde. A experiência possibilitou reconhecer que o tratamento dessa condição envolve aspectos que ultrapassam as orientações relacionadas às medidas comportamentais, como incentivo à alimentação saudável e à prática de atividade física, abrangendo também a necessidade de compreender as condições socioeconômicas dos usuários, a disponibilidade de recursos terapêuticos, o acesso ao acompanhamento multiprofissional e a presença de outras doenças crônicas.

Nesse sentido, o relato foi construído com base na memória e na reflexão sobre a prática assistencial desenvolvida durante a residência, buscando articular as situações vivenciadas às questões que emergiram do cotidiano do cuidado. A análise privilegiou os desafios relacionados à oferta de tratamento, às possibilidades de acompanhamento longitudinal e à construção de estratégias terapêuticas compatíveis com as necessidades dos usuários e com os recursos disponíveis na rede pública.

As atividades tiveram início em março de 2025, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da rede municipal, no âmbito da Estratégia Saúde da Família. O período considerado para a elaboração do relato compreende o início da residência até a preparação deste trabalho finalizado em novembro de 2026.

A unidade de saúde está inserida em um território marcado por demandas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, entre as quais se destacam hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade. Também são acompanhados usuários com outras condições clínicas, além de situações de vulnerabilidade social e demandas relacionadas à saúde mental, que podem repercutir nas necessidades de cuidado e nas possibilidades de acompanhamento.

Durante a residência, a atuação profissional envolveu consultas clínicas, visitas domiciliares, participação em ações coletivas, reuniões de equipe e construção de Projetos Terapêuticos Singulares, conforme as necessidades identificadas no território. A inserção nessas atividades permitiu observar diferentes aspectos do cuidado às pessoas com obesidade, sobretudo quando a condição estava associada a outras doenças crônicas e a dificuldades socioeconômicas que interferem na continuidade do tratamento.

Dessa forma, o cenário da Atenção Primária mostra-se relevante para a reflexão proposta, uma vez que esse nível de atenção ocupa posição central no acompanhamento longitudinal dos usuários, na coordenação do cuidado e na articulação das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

3.1 Construção e análise do relato

A organização da experiência foi orientada pelas questões que emergiram do cotidiano profissional, especialmente aquelas relacionadas às possibilidades terapêuticas disponíveis na rede pública local, às dificuldades de acesso a tratamentos complementares e às condições necessárias para a continuidade do cuidado. A partir dessas reflexões, foram delimitados dois eixos temáticos que permitiram estruturar a descrição e a análise da vivência.

O primeiro eixo aborda as limitações relacionadas à disponibilidade de recursos terapêuticos e aos determinantes socioeconômicos que interferem no tratamento da obesidade. Destacaram-se a ausência, no contexto local descrito, de medicamentos específicos disponibilizados para essa finalidade e as dificuldades financeiras dos pacientes para acessar alternativas terapêuticas no setor privado, mesmo aquelas de menor custo. Também foram consideradas as barreiras relacionadas à aquisição de alimentos adequados, às possibilidades de prática de atividade física e à conciliação das recomendações de saúde com a rotina de trabalho e as responsabilidades familiares. Essas reflexões permitiram reconhecer que a adesão ao tratamento não depende exclusivamente da disposição individual, mas também das condições concretas de vida, da disponibilidade de recursos e das possibilidades reais de acesso às diferentes modalidades terapêuticas.

O segundo eixo contemplou a relação entre obesidade e outras doenças crônicas, considerando a experiência de acompanhamento de pessoas com diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias e esteatose hepática. A coexistência dessas condições reforçou a importância de uma abordagem clínica integrada, capaz de considerar as necessidades de cada usuário e as possíveis repercussões da obesidade sobre o manejo de outros problemas de saúde.

Por fim, a experiência foi analisada à luz do papel da Atenção Primária no cuidado às pessoas com obesidade, considerando a construção de vínculo, o acompanhamento contínuo, a individualização das condutas e a necessidade de integrar as diferentes possibilidades terapêuticas. A reflexão também contemplou as contribuições da vivência para a formação médica, especialmente no reconhecimento da obesidade como uma condição crônica

multifatorial que demanda intervenções compatíveis com as necessidades clínicas e sociais dos usuários.

A organização temática teve como finalidade facilitar a compreensão dos principais desafios identificados na experiência, sem pretensão de estabelecer relações causais, mensurar resultados clínicos ou generalizar as observações para outros serviços de saúde. O propósito foi analisar criticamente uma realidade assistencial específica e refletir sobre suas implicações para a qualificação do cuidado no SUS.

3.2 Revisão de literatura

Paralelamente ao processo de análise do relato de experiência, foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com o objetivo de fundamentar a discussão sobre os desafios do tratamento da obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Para a busca, foram utilizados os termos dos Descritores em Saúde (DeCS/MeSH) em inglês “obesity”, “treatment” e “public health”, combinados por meio dos operadores booleanos AND, conforme a estratégia: ((obesity) AND (treatment)) AND (public health).

Dessa forma, foram incluídos no trabalho estudos recentes, dos últimos 5 anos, existentes nas bases de dados e que respondessem ao objetivo e pergunta de pesquisa do presente artigo, o qual foi estabelecido “Quais são os principais desafios para o tratamento da obesidade no SUS?”.

A literatura identificada foi utilizada como subsídio para a análise reflexiva da experiência vivenciada na Atenção Primária à Saúde, permitindo relacionar os desafios observados na prática profissional às discussões científicas sobre o tratamento da obesidade e a organização da assistência em saúde pública.

3.3 Aspectos éticos

A elaboração do relato ocorreu por meio da recuperação das experiências vivenciadas e da reflexão crítica sobre as situações observadas durante a prática assistencial. Não se tratou de uma investigação baseada em entrevistas, aplicação de instrumentos ou análise sistemática de prontuários, mas de uma avaliação reflexiva dos desafios que se tornaram relevantes ao longo do acompanhamento de pessoas com obesidade durante a residência médica.

Dessa forma, buscou-se preservar o caráter reflexivo do trabalho e a responsabilidade ética inerente à produção acadêmica desenvolvida a partir da prática médica.

4 RESULTADOS – RELATO DE EXPERIÊNCIA

4.1 Contexto da vivência

Ingressei, em março de 2025, no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Evangélica de Goiás, em Anápolis (GO), sendo alocada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município, para atuar no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

Atuando como médica residente na especialidade, passei a contribuir junto à equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, através da participação em consultas clínicas, visitas domiciliares, ações coletivas, reuniões de equipe e construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para usuários e famílias do território.

A unidade em que desenvolvi minhas atividades está inserida em um território com importante carga de doenças crônicas, entre elas hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardiopulmonares, doença renal crônica e obesidade.

Paralelamente a esse cenário, é possível observar uma demanda significativa relacionada à saúde mental, incluindo no manejo e apoio em casos de depressão, ansiedade, transtorno bipolar, uso abusivo de álcool e outras drogas, além de diferentes situações de sofrimento psíquico associadas à vulnerabilidade social.

4.2 Relato da atuação local

Ao longo da residência, foi possível notar que a obesidade passou a se apresentar não apenas como uma condição clínica frequentemente identificada durante os atendimentos, mas como um desafio complexo e recorrente no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS). Inicialmente, eu compreendia seu manejo principalmente a partir das orientações relacionadas à alimentação saudável e à prática de atividade física. Durante meu primeiro ano de residência, quando dispunha de maior tempo para os atendimentos, discussões de casos com a preceptoria e orientações individualizadas, procurava abordar frequentemente essas questões com os pacientes, incentivando mudanças alimentares e a prática regular de exercícios. Entretanto, a experiência no território ampliou minha percepção sobre a complexidade dessa condição e sobre as diferentes barreiras enfrentadas pelos pacientes para alcançar uma perda de peso significativa e sustentada.

Essa realidade tornou-se ainda mais evidente ao acompanhar uma paciente de meia-idade, com obesidade grau III, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 em uso

de insulina, dislipidemia e transtorno misto ansioso e depressivo. Trabalhadora doméstica e responsável pelo sustento de sua família, apresenta múltiplas comorbidades e uso de diversos medicamentos necessitando de acompanhamento contínuo. Durante os atendimentos, chamou minha atenção a dificuldade de alcançar um controle adequado das doenças associadas à obesidade. Mesmo com a ampliação progressiva do tratamento, a paciente permanecia com níveis pressóricos acima das metas terapêuticas, apresentando média de pressão arterial de aproximadamente 142 x 90 mmHg, aferida tanto em domicílio quanto na unidade de saúde, além de hemoglobina glicada de 7,5%.

Ao longo do acompanhamento, também foram identificadas dificuldades relacionadas à adesão medicamentosa. Inicialmente, a paciente utilizava dois anti-hipertensivos e metformina para o controle do diabetes. Entretanto, diante da evolução clínica, foi necessário ampliar o tratamento, com a introdução de um terceiro anti-hipertensivo, posteriormente de uma gliflozina e, por fim, da insulinoterapia. Essa progressão aumentou significativamente a quantidade de medicamentos e de tomadas ao longo do dia. Como a unidade de saúde não dispõe de apresentações combinadas, sendo necessário utilizar cada medicamento individualmente, o esquema terapêutico tornou-se mais complexo. A paciente relatava episódios frequentes de esquecimento, o que exigiu orientações e intervenções durante as consultas. Com o acompanhamento longitudinal, conseguimos trabalhar essas dificuldades e observar uma melhora progressiva da adesão medicamentosa.

Além das dificuldades relacionadas ao tratamento farmacológico, a paciente também apresentava limitações para alcançar a redução do peso, apesar das tentativas de incorporar mudanças no estilo de vida. Relatava realizar caminhadas de aproximadamente 40 minutos, duas a três vezes por semana, e já havia passado por consultas com a nutricionista disponibilizada pela rede. Entretanto, as orientações alimentares nem sempre eram compatíveis com sua realidade financeira. A paciente apresentava dificuldade para adquirir alimentos in natura, como frutas, verduras e legumes, devido às limitações econômicas da família, dependendo frequentemente dos produtos recebidos por meio de cestas básicas. Também não possuía condições financeiras para frequentar uma academia e apresentava dores nos joelhos, que dificultavam a continuidade e a ampliação da atividade física.

O acompanhamento dessa paciente me fez refletir sobre a distância que pode existir entre as recomendações realizadas durante uma consulta e as condições concretas que o indivíduo possui para colocá-las em prática. Orientar uma alimentação saudável pressupõe considerar não apenas o conhecimento sobre escolhas alimentares, mas também a disponibilidade e a capacidade financeira para adquirir esses alimentos. Da mesma forma,

incentivar a atividade física exige considerar as condições clínicas, as limitações funcionais e as possibilidades de acesso a espaços adequados. Passei a compreender que nem sempre a dificuldade em alcançar os resultados esperados está relacionada à falta de comprometimento do paciente, mas também a barreiras sociais e econômicas que limitam suas possibilidades de mudança.

Outro aspecto frequente em minha vivência na unidade foi a presença de múltiplas doenças crônicas associadas à obesidade, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia e esteatose hepática. É comum acompanhar pacientes em uso de três ou quatro medicamentos para o controle de cada uma de suas condições metabólicas, mas que ainda apresentam dificuldades para alcançar resultados satisfatórios. Essa realidade me fez perceber que o cuidado dessas condições não pode ser realizado de maneira isolada, uma vez que a obesidade representa um importante componente a ser considerado no planejamento terapêutico.

Outro desafio identificado durante a residência foi a limitação das possibilidades de tratamento farmacológico da obesidade na rede pública. Embora existam medicamentos que podem ser utilizados como parte do tratamento dessa doença, o acesso a essas terapias representa uma dificuldade para muitos pacientes acompanhados na UBS. Na prática, observo indivíduos com obesidade em graus mais avançados, associada a comorbidades e dificuldades de controle metabólico, mas que não possuem recursos financeiros para custear medicamentos específicos na rede privada.

Essa questão ganhou maior relevância a partir do acompanhamento da paciente apresentada neste relato. Diante da necessidade de tratamento do transtorno misto ansioso e depressivo, foi considerada a substituição da sertralina pela fluoxetina, levando também em consideração a possibilidade de algum efeito sobre o apetite e o peso corporal. Inicialmente, observou-se uma redução ponderal de aproximadamente 4 kg. Entretanto, com o passar dos meses, esse efeito não se manteve, evidenciando que os possíveis efeitos sobre o peso de medicamentos prescritos para outras condições não substituem o tratamento específico da obesidade.

Além da indisponibilidade dessas terapias na rede pública, percebo que muitos pacientes também não possuem condições financeiras de adquiri-las por conta própria. Essa dificuldade não se restringe às medicações mais recentes, como semaglutida e tirzepatida, mas envolve inclusive alternativas farmacológicas de menor custo, como topiramato, bupropiona e a naltrexona, que também podem ser utilizadas no tratamento da obesidade, conforme avaliação e indicação clínica. Embora essas alternativas apresentem resultados distintos em

relação às terapias mais recentes, que demonstram maior eficácia na redução ponderal, representam outras possibilidades de tratamento. Entretanto, mesmo com um custo relativamente menor, observo que, na realidade socioeconômica dos pacientes acompanhados na unidade, essas medicações também permanecem fora de suas possibilidades financeiras, evidenciando uma importante barreira de acesso ao tratamento farmacológico da obesidade.

Outro aspecto que passou a chamar minha atenção durante a residência foi a redução progressiva do tempo disponível para os atendimentos. No primeiro ano como residente, dispunha de aproximadamente 40 minutos por consulta. No segundo ano, esse tempo foi reduzido para 30 minutos e, atualmente, os atendimentos são realizados em aproximadamente 25 minutos. Essa diminuição interfere na possibilidade de desenvolver um cuidado mais abrangente, especialmente diante de condições crônicas complexas, como a obesidade, que exigem escuta qualificada, orientações individualizadas e acompanhamento longitudinal. Além das consultas agendadas, a rotina da unidade envolve o acolhimento de demandas espontâneas e situações agudas, que também precisam ser atendidas. Nesse contexto, conciliar as necessidades imediatas dos pacientes com o acompanhamento adequado das condições crônicas torna-se um desafio, muitas vezes limitando o tempo disponível para abordar todas as questões necessárias durante a consulta.

Ao longo dessas experiências, passei a questionar até que ponto estamos conseguindo oferecer todas as possibilidades terapêuticas necessárias para pessoas que apresentam uma doença crônica complexa e frequentemente convivem com outras condições também crônicas. Na minha prática, percebo que a dificuldade em alcançar uma perda de peso efetiva pode representar um obstáculo adicional ao controle das demais comorbidades, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia. Frequentemente, seguimos realizando ajustes nas medicações e acompanhando essas condições, enquanto a obesidade permanece como um importante desafio terapêutico, limitado pelas condições socioeconômicas e pela falta de acesso a outras modalidades de tratamento.

Essa reflexão não parte da ideia de que medicamentos devem substituir a alimentação adequada, a atividade física ou o acompanhamento multiprofissional. Pelo contrário, a experiência na residência reforçou para mim que o cuidado da obesidade precisa ser multifatorial, individualizado e longitudinal. Entretanto, também passei a compreender que essas estratégias, embora fundamentais, podem não ser suficientes isoladamente para determinados pacientes. Diante disso, considero que a ampliação do acesso a medicamentos específicos para o tratamento da obesidade no SUS, considerando as evidências de eficácia, segurança e os critérios clínicos de indicação, poderia contribuir significativamente para

qualificar o cuidado dessas pessoas, favorecendo não apenas a redução do peso, mas também o controle das doenças crônicas associadas e a melhoria da qualidade de vida.

4.3 Principais desafios encontrados

Uma das principais dificuldades que pude vivenciar está relacionada às possibilidades terapêuticas disponíveis na rede pública local. No contexto do meu atual local de atuação, não dispomos de medicamentos específicos para o tratamento da obesidade, incluindo as terapias farmacológicas atualmente utilizadas como adjuvantes para a perda de peso. Essa limitação tornou-se especialmente evidente no acompanhamento de pacientes que, apesar de receberem orientações e acompanhamento pela equipe de saúde, apresentam dificuldade importante para reduzir o peso.

Outra questão que se tornou evidente durante os atendimentos foi a dificuldade de acesso a estratégias terapêuticas disponíveis no setor privado, especialmente aos medicamentos destinados ao tratamento da obesidade, cujo custo representa uma barreira significativa para muitos pacientes. Essa realidade evidencia a desigualdade no acesso às diferentes modalidades terapêuticas, uma vez que indivíduos com melhores condições socioeconômicas dispõem de maior variedade de opções de tratamento, enquanto aqueles que dependem exclusivamente do SUS permanecem restritos aos recursos disponibilizados pela rede pública.

Nesse contexto, o conhecimento das evidências científicas sobre a eficácia das terapias farmacológicas para a obesidade tornou mais evidente a discrepância entre as possibilidades terapêuticas descritas na literatura e aquelas efetivamente acessíveis aos pacientes acompanhados na Atenção Primária à Saúde, evidenciando como as desigualdades de acesso podem limitar as possibilidades de cuidado integral e individualizado.

As condições socioeconômicas também interferem em outras recomendações frequentemente realizadas durante o acompanhamento. Embora a prática regular de atividade física seja estimulada, nem todos os pacientes possuem condições financeiras para frequentar uma academia ou outros espaços estruturados. Além disso, questões relacionadas à rotina de trabalho, ao tempo disponível, ao contexto familiar e às próprias condições de vida do território também podem dificultar a incorporação de mudanças no estilo de vida.

Também identifiquei limitações relacionadas ao acesso e à continuidade do acompanhamento nutricional. Embora a unidade disponha de nutricionista, a elevada demanda pelo serviço pode resultar em um tempo de espera de até três meses para a consulta, conforme observado durante minha vivência. Além disso, nos atendimentos que acompanhei,

nem sempre foi possível estabelecer um acompanhamento continuado, com planejamento alimentar individualizado e retornos periódicos. Essa limitação pode dificultar o suporte necessário às mudanças de hábitos e reforça a importância da articulação entre os diferentes profissionais da equipe no cuidado às pessoas com obesidade.

Nesse cenário, o médico da APS acaba assumindo grande parte da responsabilidade pelo manejo de uma condição que exige atuação multiprofissional. Essa centralização gera sobrecarga e distancia o profissional de seu papel de coordenador e gerenciador do cuidado, que deveria ser compartilhado entre os diferentes integrantes da equipe de saúde.

Para muitos pacientes, a ausência dessas alternativas terapêuticas representa uma limitação significativa, especialmente diante da dificuldade persistente de perda de peso e da presença de comorbidades que também demandam acompanhamento e controle. Essa experiência permitiu compreender que os desafios do tratamento da obesidade no SUS vão além do manejo do peso corporal, envolvendo também barreiras socioeconômicas, limitações estruturais e dificuldades de acesso a um cuidado multiprofissional e contínuo. Dessa forma, reforça-se a necessidade de ampliar as possibilidades terapêuticas e fortalecer a organização da rede de atenção, de modo a garantir uma assistência mais integral, individualizada e equitativa às pessoas com obesidade.

4.4 Análise do impacto na formação pessoal e profissional

Ao longo da residência, portanto, minha percepção sobre a obesidade foi se transformando. Passei a enxergá-la não apenas como mais um diagnóstico presente nos prontuários de pacientes com doenças crônicas, mas como uma condição que, por sua complexidade e associação frequente com outras doenças, exige uma abordagem própria e contínua.

Mais do que uma questão de escolha individual, o cuidado da pessoa com obesidade envolve fatores clínicos, sociais, econômicos e relacionados à própria organização dos serviços de saúde. Essa vivência também contribuiu para minha formação enquanto médica de Família e Comunidade, especialmente por me fazer refletir sobre o significado de oferecer um cuidado possível, integral e individualizado dentro da realidade do SUS.

A principal inquietação que permanece a partir dessa experiência é compreender como podemos ampliar as possibilidades de cuidado para essas pessoas, de modo que o tratamento da obesidade não seja limitado pelas condições socioeconômicas do paciente ou pela disponibilidade restrita de recursos terapêuticos.

Assim, a experiência vivenciada durante a residência me permitiu compreender que tratar obesidade na Atenção Primária significa muito mais do que buscar a redução do peso. Significa reconhecer a obesidade como uma condição crônica, compreender sua relação com outras doenças, considerar o contexto de vida de cada pessoa e construir estratégias possíveis e sustentáveis.

Ao mesmo tempo, evidenciou para mim a necessidade de ampliar as possibilidades terapêuticas disponíveis no SUS, de forma a permitir que os profissionais possam oferecer um cuidado cada vez mais integral às pessoas que convivem com a obesidade e suas comorbidades.

5 DISCUSSÃO

A obesidade é uma patologia crônica considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma epidemia do século XXI, resultando em impacto significativo para o desenvolvimento de outras condições como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, além de possuir como fator de risco para o seu desenvolvimento a presença de hábitos e padrões alimentares inadequados associados ao sedentarismo (Morales *et al.*, 2022; Carolina *et al*., 2025).

Diante da sua alta prevalência e morbidade associada, a definição de estratégias de saúde pública atua como um mecanismo essencial podendo ser usada para moldar o comportamento da população e complementar o tratamento clínico, que inicialmente possui como base principal a intervenção comportamental de forma individual do paciente, com foco no controle da dieta e na realização de atividade física regular (Owczarczyk-Durma; Czupryniak, 2026).

Estudos em saúde pública evidenciam que para que seja alcançada a promoção da saúde e a prevenção de doenças crônicas de forma mais ampla, programas devem estar alinhados com políticas públicas que abordem a obesidade, principalmente aquelas que envolvam os determinantes sociais da saúde, que atuam como importantes fatores de impacto para o seguimento e adesão ao tratamento (Seguin-Fowler *et al*., 2024).

Visando alcançar maior efetividade no tratamento da obesidade, o Colégio Americano de Médicos (ACP) oferece recomendações como a ampliação do acesso a alimentos nutritivos por meio de programas baseados em evidências e o apoio à construção de esforços para reduzir o preço e aumentar a disponibilidade dos tratamentos para obesidade (Crowley *et al*., 2026).

No contexto da obesidade e sobrepeso infantil, um estudo destacou que intervenções que integram dieta, atividade física e estratégias comportamentais são as abordagens mais eficazes para a prevenção e manejo do sobrepeso e da obesidade nesse público. Além disso, parecem ser mais promissoras se realizadas na primeira infância e em ambientes familiares ou escolares de apoio (Chandiok *et al*., 2026).

Em 2024, o Ministério da Saúde atualizou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Sobrepeso e Obesidade em adultos, reforçando a importância de uma abordagem integral, multiprofissional e individualizada. As recomendações contemplam estratégias de mudança do estilo de vida, incluindo alimentação adequada e saudável, prática regular de atividade física e acompanhamento multiprofissional, considerando também os aspectos psicológicos e sociais envolvidos no processo. O documento orienta a organização do cuidado conforme as necessidades clínicas de cada indivíduo, incluindo a avaliação da indicação de tratamento cirúrgico nos casos elegíveis. Além disso, os novos instrutivos publicados pelo Ministério da Saúde em 2024 reforçam a importância das abordagens individuais e coletivas, do acolhimento, da construção de vínculo e da atuação colaborativa entre os profissionais de saúde no manejo da obesidade no SUS (BRASIL, 2024).

Como primeira linha de tratamento geralmente é incorporada a realização de atividade física e mudança de hábito alimentar. Nesse cenário, estudos mostram que o exercício aeróbico pode aumentar a massa muscular e reduzir a obesidade, além de influenciar as taxas de colesterol e suas frações (Haiying; Lirong, 2022). No contexto dietético, a não adesão à dieta por fatores como condição socioeconômica e a falta de tempo para seguir o plano alimentar apresentaram-se como os principais desafios (Ribeiro; Freitas; Botelho, 2025).

Quanto ao uso de medicações, recentemente foram aprovados fármacos que simulam as ações do peptídeo GLP-1 no corpo, com efeitos incretínicos, para perda de peso, sendo utilizados para tratamento da obesidade em pacientes acima de 12 anos. Apesar de serem opções atuais, que alcançam até 25% de perda ponderal, o alto custo dos medicamentos ainda atua como uma barreira para a sua adesão (Vítolo; Baratto; Deram, 2024; Horwitz *et al*., 2025). O Ministério da Saúde, em 24 de setembro de 2026 protocolou um pedido de análise para incorporação dos análogos de GLP-1 nos medicamentos disponibilizados pelo SUS, demonstrando mais um passo para adquirir novos tratamentos para a obesidade, porém ainda sem estimativa de liberação (Ministério da Saúde, 2026).

Ademais, além dos desafios referentes ao custo e dificuldade de disponibilidade dos tratamentos no SUS, o papel do profissional de saúde em abordar o assunto com respeito e

atenção também é um fator limitante importante, visto que muitos profissionais receiam discutir sobre peso por medo de ofender o paciente (Jeffers *et al*., 2024).

Logo, a experiência vivenciada na atenção primária alinhada à análise da literatura atual sobre o tema evidencia a obesidade como uma doença que merece atenção e reconhece a importância de identificar os principais desafios da obesidade no SUS.

6 CONCLUSÕES

Esse trabalho evidenciou que a experiência vivenciada durante a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade permitiu identificar que o tratamento da obesidade no SUS ainda é marcado por dificuldades relacionadas à disponibilidade de recursos terapêuticos, ao acesso ao acompanhamento multiprofissional e às condições socioeconômicas dos usuários.

No contexto assistencial descrito, a ausência de medicamentos específicos para o tratamento da obesidade na rede pública local, associada ao custo elevado das alternativas disponíveis no setor privado, representa uma limitação importante, sobretudo para pacientes com comorbidades e dificuldade de alcançar resultados satisfatórios com as medidas não farmacológicas isoladamente. Somam-se a esses fatores as dificuldades de acesso à alimentação adequada, a disponibilidade de tempo para a prática de atividade física e a espera longa pelo atendimento nutricional.

A análise da experiência, em conjunto com a literatura consultada, reforça que a obesidade exige uma abordagem contínua e individualizada, considerando sua natureza multifatorial e a frequente associação com outras doenças crônicas. Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde tem papel relevante no acompanhamento longitudinal, na construção do vínculo entre profissionais e usuários e na articulação das estratégias terapêuticas disponíveis.

Entretanto, a atuação da equipe precisa considerar as condições concretas de vida dos pacientes, uma vez que a adesão às recomendações não depende apenas de escolhas individuais, mas também das possibilidades materiais e sociais para colocá-las em prática. Logo, foi possível concluir que o enfrentamento desses desafios requer não apenas o acompanhamento clínico adequado, mas também o aprimoramento da organização da assistência e das possibilidades de tratamento oferecidas pelo SUS, de modo a responder às necessidades dos usuários de forma contínua e compatível com sua realidade.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretriz brasileira de tratamento farmacológico da obesidade**. 5. ed. São Paulo: Scientific, 2026. E-book. Disponível em: https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2025/12/Diretriz-Brasileira-de-Tratamento-Farmacologico-da-Obesidade-ABESO-2026.pdf. Acesso em: 12 nov. 2026.

BEN-PORAT, T. *et al.* Nutritional challenges of incretin-based obesity management medications: implications for clinical practice. **Advances in Nutrition**, [*S. l.*], p. 100522, set. 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.advnut.2025.100522.

BOPPRE, G. *et al.* Obesity and its health implications: the role of metabolic and bariatric surgery in improving physical, mental, and psychosocial well-being. **International Journal of Obesity**, [*S. l.*], v. 50, n. 6, p. 1177-1179, mar. 2026. DOI: https://doi.org/10.1038/s41366-026-02055-w.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Instrutivo de abordagem individual para o manejo da obesidade no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/intrutivo_abordagem_manejo_obesidade_sus.pdf. Acesso em: 12 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde protocola na Conitec pedido de análise para incorporação de canetas emagrecedoras no SUS**. Brasília, DF, 24 set. 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/setembro/ministerio-da-saude-protocola-na-conitec-pedido-de-analise-para-incorporacao-de-canetas-emagrecedoras-no-sus/. Acesso em: 12 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/s/sobrepeso-e-obesidade-em-adultos/view. Acesso em: 12 nov. 2026.

BREDA, C. *et al.* Comparative analysis of dietary vs. non-dietary approaches in obesity and disordered eating behaviors: a narrative review of the literature. **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, [*S. l.*], v. 29, n. 1, p. 74, nov. 2024. DOI: https://doi.org/10.1007/s40519-024-01702-3.

CAROLINA, I. *et al.* Uso de sibutramina no tratamento farmacológico para obesidade e os riscos associados. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, [*S. l.*], v. 28, n. 3, p. 984-995, mar. 2025. DOI: https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i3.2024-11143.

CHANDIOK, K. *et al.* Public health interventions for the prevention and management of overweight and obesity in children and adolescents: a rapid review. **Frontiers in Public Health**, [*S. l.*], v. 14, set. 2026. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2026.1893709.

CROWLEY, R. *et al.* Public policy approaches to addressing adult obesity: a position paper from the American College of Physicians. **Annals of Internal Medicine**, [*S. l.*], v. 179, n. 9, p. 1293-1295, set. 2026. DOI: https://doi.org/10.7326/ANNALS-26-00864.

HAIYING, J.; LIRONG, Y. Impacts of aerobic exercise on the obesity of adolescents and their lipid metabolism. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [*S. l.*], v. 29, ago. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1517-8692202329012022_0163.

HORWITZ, R. I. *et al.* Biosocial variation in treatment response to GLP-1s: implications for clinical care and health policy. **The American Journal of Medicine**, [*S. l.*], v. 138, n. 10, p. 1346-1351, out. 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2025.05.016.

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

LI, L. *et al.* Diet therapy for the management of obesity in children and adolescents: overview of systematic reviews and meta-analysis of randomized controlled trials. **Annals of the New York Academy of Sciences**, [*S. l.*], v. 1547, n. 1, p. 41-51, abr. 2025. DOI: https://doi.org/10.1111/nyas.15307.

MORALES, K. P. H. *et al.* Sobrepeso y obesidad en los adolescentes. **Revista Vive**, [*S. l.*], v. 5, n. 14, p. 619-625, jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i14.174.

NILSON, E. *et al.* Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, e32, 2020. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7147115/. Acesso em: 12 nov. 2026.

OWCZARCZYK-DURMA, A. C.; CZUPRYNIAK, L. A practical perspective on confronting the obesity epidemic: public-health strategies. **Nutrients**, [*S. l.*], v. 18, n. 16, p. 2602, ago. 2026. DOI: https://doi.org/10.3390/nu18162602.

REIS, E. C. *et al.* Características de adultos com obesidade grave em tratamento ambulatorial no Rio de Janeiro e fatores associados à perda de peso. **Cadernos Saúde Coletiva**, [*S. l.*], v. 30, n. 2, p. 201-214, jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020235.

RIBEIRO, C.; FREITAS, W.; BOTELHO, M. Fatores associados a não adesão às dietas de emagrecimento recomendadas aos pacientes vinculados a um serviço-escola de nutrição. **Revista Ciência Plural**, [*S. l.*], v. 11, n. 3, p. e40412. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/40412/21461. Acesso em: 30 set. 2026.

SANNIDHI, D. *et al.* Lifestyle medicine for obesity in the era of highly effective anti-obesity treatment. **Nutrients**, [*S. l.*], v. 17, n. 14, p. 2382, jul. 2025. DOI: https://doi.org/10.3390/nu17142382.

SEGUIN-FOWLER, R. A. *et al.* Multilevel interventions targeting obesity: state of the science and future directions. **Annual Review of Nutrition**, [*S. l.*], v. 44, p. 357-381, jun. 2024. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev-nutr-122123-020340.

THE LANCET DIABETES & ENDOCRINOLOGY. Redefining obesity: advancing care for better lives. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 13, n. 2, p. 75, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00004-X.

VÍTOLO, M. R.; BARATTO, P. S.; DERAM, S. Public health risks of approving drugs for the treatment of childhood obesity in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, [*S. l.*], v. 40, n. 9, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XEN031624.

WEITZNER, Z. *et al.* Endoscopic therapies for patients with obesity: a systematic review and meta-analysis. **Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques**, [*S. l.*], v. 37, n. 11, p. 8166-8177, set. 2023. DOI: https://doi.org/10.1007/s00464-023-10390-6.

ZHANG, L. *et al.* Gut microbiota and therapy for obesity and type 2 diabetes. **Frontiers in Endocrinology**, [*S. l.*], v. 15, p. 1333778, mar. 2024. DOI: https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1333778.