

CENBRAP

EXCELENCIA EM PÓS MÉDICA

ENDOCRINOLOGIA



**Obesidade no consultório:
o que avaliar antes
de tratar?**

Sumário

Avaliação inicial da obesidade no adulto

O tratamento começa antes da receita	3
Confirmar e caracterizar a adiposidade	4
Trajétoria ponderal e fatores contribuintes	5
Pesquisar complicações por sistemas	6
Exame físico orientado por risco e sintomas	7
Exames complementares: o núcleo clínico	8
Quando ampliar a investigação	9
Estratificar gravidade antes de intervir	10
Fluxo da avaliação inicial	11
Vinheta clínica aplicada	12
O que deve constar no plano	13
Referências	14

O sumário acompanha a sequência do raciocínio clínico: compreender a pessoa, caracterizar risco e função, formular hipóteses e terminar com um plano executável.

O tratamento começa antes da receita

O IMC isolado não determina a conduta clínica.

Duas pessoas com o mesmo IMC podem exigir decisões iniciais diferentes. Trajetória ponderal, distribuição da adiposidade, complicações, funcionalidade, medicamentos, sono, saúde mental e contexto social mudam a interpretação e a prioridade clínica.^{1,7,8,9,10,11}

Este roteiro se destina à avaliação de adultos não gestantes. Gestação, infância e adolescência exigem critérios e fluxos próprios. A avaliação não deve transformar uma consulta clínica em protocolo rígido, nem atribuir automaticamente ao peso toda queixa apresentada.

Antes de medir

Peça permissão para abordar o peso, use linguagem centrada na pessoa, assegure privacidade e disponibilidade de balança, fita e manguito adequados. Pergunte quais resultados fariam diferença agora: sono, dor, pressão, mobilidade ou função.

A primeira consulta é bem-sucedida quando esclarece o que já exige cuidado, quais hipóteses precisam ser confirmadas e quais próximos passos são possíveis para aquela pessoa. A prescrição, quando indicada, decorre desse diagnóstico situacional.^{7,8,10}

Confirmar e caracterizar a adiposidade

Medidas antropométricas são pontos de partida, não substitutos da avaliação clínica.

Peso e altura devem ser aferidos com equipamento apropriado. O IMC é útil para triagem e classificação, mas pode representar mal a adiposidade em edema, ascite, sarcopenia, envelhecimento ou grande massa muscular. A interpretação precisa incluir distribuição da gordura, complicações e função.^{2,3,8,9,10,11}

Medida	Utilidade e limite interpretativo
IMC	Classifica e acompanha, mas não mede diretamente gordura nem distingue massa magra.
Circunferência da cintura	Acrescenta informação sobre adiposidade central; pontos de corte variam entre sexo, população e diretriz.
Relação cintura/estatura	Alternativa prática, sobretudo quando IMC é inferior a 35 kg/m ² segundo o NICE.
Composição corporal	Pode confirmar adiposidade quando a antropometria é inconclusiva; método e indicação condicionam utilidade.
Função e repercussões	Mostram impacto clínico real e não podem ser substituídas por um número.

A Comissão Lancet propõe confirmar adiposidade por IMC associado a outra medida, por duas medidas antropométricas ou por mensuração direta de gordura, e então pesquisar disfunção orgânica ou limitação de atividades. A proposta organiza o raciocínio, mas não substitui automaticamente critérios regulatórios vigentes.¹⁰

Trajetória ponderal e fatores contribuintes

O peso atual é uma fotografia; a história clínica precisa reconstruir o filme.

Registre idade de início, velocidade e padrão de progressão, maior e menor peso na vida adulta, estabilidade e mudança recente. Ganho rápido ou inflexão abrupta aumenta a necessidade de procurar um fator temporal.^{5,7,12}

Marco	O que reconstruir
Início	Idade, padrão gradual ou abrupto e contexto em que o ganho começou.
Inflexões	Medicamentos, sono, doença, lesão, menopausa, cessação do tabagismo, trabalho ou sofrimento psíquico.
Tentativas	Estratégia, duração, resposta, tolerabilidade, barreiras, manutenção e reganho.
Situação atual	Alimentação, perda de controle, atividade, dor, mobilidade, renda, território, acesso, apoio e seguimento.

Revise medicamentos sem suspensões abruptas e sem atribuir causalidade automática. Investigue sono, saúde mental e comportamento alimentar; instrumentos de rastreamento podem selecionar quem precisa de avaliação diagnóstica, mas não confirmam depressão, apneia ou transtorno alimentar.^{7,8,10}

Quando o plano exige recursos, tempo ou mobilidade que a pessoa não possui, o problema está no plano de cuidado, não na força de vontade.

Pesquisar complicações por sistemas

Normalidade glicêmica ou lipídica não exclui repercussões clínicas importantes.

A busca deve identificar condições que já exigem tratamento, riscos de progressão e limitações que alteram a escolha terapêutica. Sintomas e função são tão relevantes quanto resultados laboratoriais.^{2,6,7,10}

Sistema	O que perguntar e o que muda a prioridade
Cardiometabólico e hepático	Pressão, pré-diabetes/diabetes, lipídios, doença cardiovascular e MASLD definem risco e intensidade do seguimento.
Respiratório	Ronco, apneias percebidas, sonolência, dispneia e refluxo podem exigir avaliação do sono e modificar segurança.
Mecânico e funcional	Dor, osteoartrite, edema, incontinência, marcha, trabalho e atividades diárias podem representar gravidade mesmo com exames normais.
Mental e alimentar	Depressão, ansiedade, estigma, compulsão, restrição e compensações mudam risco, vínculo e encaminhamento.
Reprodutivo e endócrino	Ciclo, hiperandrogenismo, fertilidade, hipogonadismo, tireoide e sinais de Cushing orientam investigação específica.

Trate comorbidades desde o diagnóstico. Hipertensão, diabetes, apneia, dor ou sofrimento psíquico não devem esperar uma futura perda de peso para receber cuidado.

Exame físico orientado por risco e sintomas

O exame confirma hipóteses, identifica prioridades e documenta função.

A pressão arterial deve ser aferida com técnica correta e manguito adequado; a diretriz canadense recomenda medida inicial em ambos os braços. Frequência cardíaca, exame cardiorrespiratório e pesquisa de edema completam a avaliação geral conforme o contexto.⁷

Achado ou domínio	Interpretação clínica possível
Distribuição e cintura	Complementam o IMC e ajudam a caracterizar adiposidade central.
Acantose e intertrigo	Sugerem repercussões metabólicas ou cutâneas que precisam de avaliação e cuidado.
Tireoide, hirsutismo e acne	Acompanham a história dirigida para disfunção tireoidiana ou hiperandrogenismo.
Marcha, articulações e movimento	Revelam dor, limitação funcional e necessidade de adaptar atividade e tratamento.

Sinais de alerta para hipercortisolismo
Fraqueza proximal, equimoses fáceis e estrias violáceas largas aumentam a suspeita e justificam investigação dirigida. Obesidade isolada não é indicação para rastreamento indiscriminado.¹²

Dificuldade para caminhar, vestir-se, trabalhar ou realizar atividades cotidianas pode expressar gravidade clínica antes de alterações laboratoriais. Esse dado precisa influenciar prioridades e metas.^{7,10}

Exames complementares: o núcleo clínico

Cada teste precisa responder a uma hipótese ou modificar uma decisão.

Domínio	Avaliação inicial possível e quando ampliar
Risco glicêmico	Glicemia de jejum e/ou HbA1c; ampliar diante de sintomas, alteração prévia ou diabetes conhecido.
Cardiovascular	Pressão e perfil lipídico; sintomas e doença estabelecida exigem avaliação específica.
Fígado	Enzimas e risco metabólico; suspeita ou identificação de MASLD pode exigir imagem e estratificação de fibrose.
Rim e estado geral	Creatinina, eTFG, eletrólitos e hemograma conforme idade, sintomas, doenças e medicamentos.
Tireoide	TSH universal segundo a ESE ou seletivo conforme estratégia canadense; se elevado, T4 livre e anti-TPO no contexto indicado.
Hipercortisolismo	Testar apenas quando sinais discriminatórios sustentarem a hipótese.
Sono	História e rastreamento selecionam quem precisa de avaliação diagnóstica e estudo do sono.
Eixo gonadal ou SOP	Dosagens e investigação específica dependem de manifestações compatíveis.

Solicitar mais exames não torna a avaliação melhor. O ganho clínico está em selecionar testes que confirmem riscos, esclareçam hipóteses ou alterem conduta.^{2,7,10,12}

Conheça a Pós em Endocrinologia do CENBRAP

Quando ampliar a investigação

Divergências entre diretrizes exigem decisão consciente, não um painel automático.

A European Society of Endocrinology recomenda TSH em todas as pessoas com obesidade; a diretriz canadense adota solicitação clinicamente indicada. Anti-TPO não deve ser pedido automaticamente fora do contexto de TSH elevado e investigação tireoidiana apropriada.^{7,12}

Cortisol depende de sinais discriminatórios. Irregularidade menstrual, hiperandrogenismo, infertilidade ou sintomas de hipogonadismo orientam avaliação gonadal. Início muito precoce, hiperfagia intensa, traços sindrômicos ou lesão hipotalâmica justificam investigação especializada.¹²

MASLD

Aminotransferases normais não excluem esteatose, esteato-hepatite ou fibrose. A diretriz brasileira recomenda considerar rastreamento em adultos com IMC acima de 25 kg/m² e propõe ultrassonografia como método inicial, embora parte das recomendações tenha evidência C.⁶

Como avançar: com risco metabólico e enzimas normais, não considere o fígado “resolvido”. Se a ultrassonografia mostrar esteatose, integre fatores metabólicos e estratifique fibrose. FIB-4 ou elastografia alterados podem justificar avaliação especializada; doença hepática conhecida exige tratamento das comorbidades e seguimento coordenado.

Estratificar gravidade antes de intervir

A intensidade do cuidado acompanha repercussões, risco, função, preferências e barreiras.

O IMC descreve apenas uma dimensão. A decisão clínica integra complicações, sintomas, saúde mental, funcionalidade, contraindicações e contexto. O Edmonton Obesity Staging System pode organizar repercussões metabólicas, físicas, psicológicas e funcionais, mas não substitui julgamento clínico.^{7,9,10,11}

Pergunta de decisão	Implicação
Há urgência atual?	Tratar ou encaminhar condições que representam risco imediato ou segurança comprometida.
Há risco de progressão?	Priorizar complicações capazes de produzir dano orgânico ou funcional.
O que limita a intervenção?	Revisar contraindicações, medicamentos, sofrimento psíquico, mobilidade, acesso e capacidade de seguimento.
Qual resultado importa?	Pactuar desfechos clínicos e funcionais, além do peso.

Farmacoterapia, intervenção comportamental intensiva e procedimentos são consequências do diagnóstico situacional. A escolha exige indicação, segurança, preferências e condições de execução.⁴

Ao fim desta etapa, a consulta deve distinguir o que já está confirmado, o que ainda precisa de investigação e o que será acompanhado ao longo do tempo.

Fluxo da avaliação inicial

Uma sequência vertical que organiza, sem substituir, o raciocínio clínico.

Etapa	Ação e ligação com o material
1. Abordagem sem estigma	Pedir permissão e definir desfechos relevantes. Ver p. 3.
2. Antropometria	Aferir medidas e interpretar limites. Ver p. 4.
3. Trajetória ponderal	Reconstruir início, inflexões e tentativas. Ver p. 5.
4. Fatores contribuintes	Revisar medicamentos, sono, alimentação, saúde mental e contexto. Ver p. 5.
5. Complicações	Pesquisar repercussões por sistemas. Ver p. 6.
6. Exame físico	Confirmar hipóteses e documentar função. Ver p. 7.
7. Exames selecionados	Solicitar somente o que responde a hipóteses. Ver p. 8–9.
8. Gravidade e prioridades	Integrar risco, função, preferências e barreiras. Ver p. 10.
9. Plano e reavaliação	Registrar decisões, metas e prazo de retorno. Ver p. 13.

A ordem pode mudar diante de urgência, risco ou demanda específica. O fluxo não é ferramenta diagnóstica autossuficiente.^{1,2,7,10}

Vinheta clínica aplicada

A prescrição decorre do diagnóstico situacional.

Marina, 43 anos, apresenta ganho de 12 kg em 18 meses. O IMC é 34 kg/m². O ganho começou após trabalho noturno e ajuste de psicofármaco. Há ronco, sonolência ao dirigir, dor nos joelhos, perda de controle alimentar, pressão elevada e acantose, sem sinais discriminatórios de hipercortisolismo.

Achado	Interpretação e prioridade
Trabalho noturno e sono ruim	Fator temporal e barreira; avaliar apneia e adaptar estratégia aos turnos.
Psicofármaco	Revisar indicação e benefício com o prescritor; não suspender abruptamente.
Sonolência ao dirigir e ronco	Risco de segurança; priorizar avaliação diagnóstica para apneia.
Pressão elevada e acantose	Confirmar pressão e solicitar avaliação glicêmica e lipídica.
Perda de controle alimentar	Realizar avaliação diagnóstica; rastreamento isolado não fecha diagnóstico.
Sem sinais de Cushing	Não solicitar cortisol apenas pela presença de obesidade.

O aprendizado da vinheta: a consulta termina com prioridades: segurança no sono, confirmação do risco cardiometabólico, avaliação do comportamento alimentar, revisão medicamentosa cuidadosa, manejo da dor e retorno definido.⁷

O que deve constar no plano

O tratamento já começou quando os dados são transformados em prioridades compartilhadas.

Registrar	Conteúdo necessário
Medidas e contexto	Técnica utilizada, limitações e interpretação clínica.
Trajetória	Início, progressão, inflexões, tentativas, resposta e reganho.
Fatores contribuintes	Medicamentos, sono, alimentação, saúde mental, função e determinantes sociais.
Complicações e exame	Condições confirmadas ou suspeitas, sinais, sintomas e limitações.
Exames escolhidos	Cada solicitação vinculada à pergunta clínica correspondente.
Prioridades imediatas	Tratamentos que não devem aguardar perda de peso.
Pendências e encaminhamentos	Hipóteses a confirmar e cuidados especializados necessários.
Metas e reavaliação	Objetivos clínicos e funcionais, prazo e critérios para ajustar o plano.

O plano precisa ser executável no contexto da pessoa. Registrar barreiras e preferências faz parte da qualidade clínica, não é detalhe administrativo.^{2,7,10}

Conteúdo destinado a médicos. A decisão clínica deve considerar a avaliação individual de cada paciente.

Conheça a Pós em Endocrinologia do CENBRAP

Referências

1. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos; anexo atualizado em 08/07/2024.

[Acessar fonte](#)

2. Ministério da Saúde/Conitec. PCDT de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Portaria SCTIE/MS nº 53, 2020.

[Acessar fonte](#)

3. ABESO. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. 4ª ed., 2016.

[Acessar fonte](#)

4. ABESO. Diretriz Brasileira de Tratamento Farmacológico da Obesidade. 5ª ed., 2026.

[Acessar fonte](#)

5. Halpern B, Mancini MC, Melo ME, et al. Proposal of an obesity classification based on weight history. Arch Endocrinol Metab. 2022;66(2):139–151.

[Acessar fonte](#)

6. Moreira RO, Valerio CM, Villela-Nogueira CA, et al. Brazilian evidence-based guideline for MASLD in adults with overweight or obesity. Arch Endocrinol Metab. 2023;67(6):e230123.

[Acessar fonte](#)

7. Rueda-Clausen CF, Poddar M, Lear SA, Poirier P, Sharma AM. Assessment of People Living with Obesity. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines. Version 1, 4 August 2020.

[Acessar fonte](#)

8. NICE. Overweight and obesity management. NG246: identifying and assessing overweight, obesity and central adiposity. 2025; atualizada em 2026.

[Acessar fonte](#)

9. Busetto L, Dicker D, Frühbeck G, et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. Nat Med. 2024;30:2395–2399.

[Acessar fonte](#)

10. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025;13(3):221–262.

[Acessar fonte](#)

11. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Obesity. Screening, Diagnosis, Evaluation, and Staging of Obesity in Adults: Standards of Care in Overweight and Obesity, 2026.

[Acessar fonte](#)

12. Pasquali R, Casanueva F, Haluzik M, et al. European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline: endocrine work-up in obesity. Eur J Endocrinol. 2020;182(1):G1–G32.

[Acessar fonte](#)