

ENDOCRINOLOGIA



**Obesidade e
estigma na consulta:
como a linguagem
do médico interfere
na avaliação e
na adesão**

Como usar este guia

Este material organiza a consulta quando o peso é clinicamente pertinente. O foco é preservar a anamnese, o diagnóstico diferencial e a continuidade do cuidado sem reduzir o paciente ao tamanho corporal.

1 · Como o estigma altera a consulta	3
2 · Permissão e linguagem	4
3 · Avaliação clínica sem atalhos	6
4 · Exame, adesão e seguimento	8
5 · Aplicação e checklist	10
Referências	12

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

Como o estigma altera a consulta

O estigma de peso aparece quando atributos negativos são associados à pessoa por causa do tamanho corporal. O viés pode ser explícito ou implícito e favorecer julgamentos sobre motivação, disciplina ou adesão.^{1,2}

Na consulta, o problema não se limita ao desconforto. Atribuir dispneia, dor, sangramento, fadiga ou alteração do sono antecipadamente ao peso pode estreitar a anamnese e atrasar hipóteses concorrentes. Obesidade pode integrar a formulação, mas não substitui história, exame e diagnóstico diferencial.

Revisões descrevem menor respeito percebido, comunicação menos centrada no paciente e aconselhamento baseado em pressupostos simplificados. Esses mecanismos podem comprometer a qualidade do cuidado.⁴

Regra clínica: o peso é um dado relevante quando muda risco, hipótese ou conduta. Não é explicação automática para toda queixa.

Peça permissão antes de falar sobre peso

O padrão atual é direto: peça permissão para discutir peso. Se o paciente não quiser abordar o tema naquele momento, respeite a decisão. Se aceitar, pergunte quais termos prefere.¹

“Há aspectos do seu peso que podem estar relacionados a esta queixa. Podemos conversar sobre isso?”

Permissão não impede o médico de explicar por que o assunto é pertinente. Ela estabelece uma conversa colaborativa e reduz a chance de o tema aparecer como julgamento ou desvio da queixa principal.

Preferências de linguagem variam. “Pessoa com obesidade” mantém a condição clínica sem transformar o diagnóstico na identidade inteira do paciente. Termos necessários no prontuário podem ser usados com explicação e contexto.^{1,3}

Palavras mudam o enquadramento clínico

A orientação conjunta de ABESO e SBEM para usar “medicamentos para tratar a obesidade” em vez de “remédios para emagrecer” mostra como a linguagem pode deslocar o foco de um ideal estético para o tratamento de uma doença crônica.⁵

Evite rótulo	“Obeso”, “não aderente” ou “sem força de vontade” condensam uma pessoa ou um comportamento em julgamento.
Descreva o dado	Registre doses não tomadas, efeitos adversos, custo, dificuldade de acesso, fome, rotina ou meta incompatível.
Explique o vínculo	Diga por que o peso será discutido e qual decisão clínica depende dessa informação.
Compartilhe a meta	Inclua resultados de saúde, função e qualidade de vida, além de desfechos ponderais quando aplicáveis.

Não existe frase perfeita que dispense escuta. O vocabulário compartilhado precisa ser confirmado com o paciente, não presumido pelo médico.

A queixa ainda exige diagnóstico diferencial

Uma consulta perde qualidade quando o peso vira explicação antecipada. Dispneia, dor, sangramento, fadiga, alteração do sono ou limitação funcional continuam exigindo história, exame e diagnóstico diferencial proporcionais à apresentação.⁴

Queixa atual	Comece pelo sintoma que levou o paciente à consulta e investigue sua apresentação clínica.
Peso como dado	A obesidade pode integrar a formulação, mas não substitui a investigação.
Hipóteses	Evite deduzir causa, gravidade ou conduta apenas pelo IMC.
Registro	Documente os achados e as hipóteses sem atribuição automática do sintoma ao peso.

Evite o fechamento prematuro: “o peso pode participar” é diferente de “isso é por causa do peso”.

Conheça a Pós em Endocrinologia do CENBRAP

O que perguntar para ampliar a avaliação

Quando o peso é pertinente, reconstrua trajetória e contexto sem transformar a consulta em interrogatório moral.^{1,2}

Trajetória	Trajetória ponderal, tentativas prévias de tratamento e objetivos do paciente.
Clínica	Queixa atual, complicações relacionadas à adiposidade, saúde mental, medicamentos, sono e mobilidade.
Alimentação	Explore o comportamento alimentar de acordo com a indicação clínica, sem pressupor hábitos pela aparência.
Contexto	Considere barreiras de acesso, contexto social e o que dificultou seguir planos anteriores.

Um estudo transversal com amostra estratificada de internautas brasileiros das classes A a C mostrou coexistência de obesidade subdiagnosticada e crenças simplificadas sobre tratamento. O achado contextualiza a necessidade de explicar doença, opções e expectativas sem presumir conhecimento prévio.⁷

Exame físico sem humilhação

O ambiente também comunica. Cadeiras, macas, balanças, manguitos e aventais precisam acomodar corpos diferentes com segurança. Equipamento inadequado pode constranger, limitar o exame e contribuir para evitar consultas futuras.^{1,6}

Explique a necessidade da pesagem ou medida antropométrica, preserve privacidade e ofereça condições adequadas. Quando o número não muda a decisão daquele encontro, evite transformar a pesagem em ritual automático.

Durante o exame, descreva o que será feito, peça consentimento e não faça comentários jocosos ou moralizantes. A experiência do paciente envolve comunicação, toque, equipamento e ambiente.

Antes de medir: finalidade clínica, consentimento, privacidade, equipamento adequado e registro respeitoso.

Da "falta de vontade" para a formulação clínica

Obesidade é uma doença crônica, complexa e recidivante. Reduzi-la a escolhas individuais ignora determinantes biológicos, medicamentosos, psicológicos, sociais e ambientais.²

Descreva a trajetória e os resultados observados sem atribuí-los a falta de vontade. Pergunte ao paciente o que dificultou seguir o plano e discuta os próximos passos em decisão compartilhada. A resposta ao tratamento não deve ser usada para inferir caráter, motivação ou colaboração.^{1,2}

Adesão precisa ser descrita. Doses não tomadas, comparecimento irregular ou abandono de uma estratégia são pontos de partida para entender o mecanismo, não provas de caráter.

Metas possíveis: pressão arterial, glicemia, sono, dor, mobilidade, prevenção de complicações e qualidade de vida. A perda ponderal pode ser importante, sem apagar outros desfechos clínicos.

Vinheta clínica fictícia: a mesma queixa, duas consultas

Vinheta clínica fictícia. Uma paciente procura atendimento para revisar hipertensão e dor no joelho. Na primeira versão, ouve que “precisa emagrecer” antes que a dor, os medicamentos e as tentativas terapêuticas sejam explorados. O encontro menciona o peso, mas produz pouca informação.

Em uma segunda versão, o médico começa pelas queixas, faz a avaliação proporcional à apresentação e pergunta se pode discutir peso. Com a concordância da paciente, reconstrói tratamentos prévios, barreiras e objetivos sem presumir a causa da dor nem a adesão.

O plano depende dos achados da avaliação. Deve registrar as hipóteses, combinar metas clinicamente úteis e viáveis e definir responsabilidades, seguimento e critérios de reavaliação.

A diferença não é evitar o tema. É falar sobre ele sem abandonar a queixa nem presumir a causa ou a adesão.

O que a consulta precisa produzir

1. Pertinência	O peso muda risco, hipótese, exame ou conduta neste encontro?
2. Permissão	O paciente concordou em abordar o tema e indicou termos preferidos?
3. Diferencial	A queixa foi investigada sem atribuição automática ao peso?
4. História	Tratamentos, efeitos adversos, barreiras, contexto e objetivos foram reconstruídos?
5. Plano	Metas de saúde e função, tratamento, retorno e responsabilidades estão claros?
6. Registro	O prontuário descreve dados e decisões sem rótulos morais?

Uma consulta sem estigma fala sobre obesidade com permissão, precisão e investigação suficiente. Essa linguagem pode ajudar a preservar o diagnóstico diferencial e favorecer um seguimento que paciente e médico consigam sustentar.

Conheça a Pós em Endocrinologia do CENBRAP

Referências

1. Bannuru RR; Professional Practice Committee. Weight stigma and bias: standards of care in overweight and obesity, 2025. BMJ Open Diabetes Research & Care. 2025;13:e004962.
[Acessar fonte](#)
2. Rubino F, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. Nature Medicine. 2020;26:485–497.
[Acessar fonte](#)
3. Auckburally S, Davies E, Logue J. Effective language and communication in obesity management. Current Obesity Reports. 2021;10:274–281.
[Acessar fonte](#)
4. Phelan SM, et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes. Obesity Reviews. 2015;16:319–326.
[Acessar fonte](#)
5. Halpern B, et al. Why language matters: official statement of ABESO and SBEM. Archives of Endocrinology and Metabolism. 2023;67:e230174.
[Acessar fonte](#)
6. Robinson KM, et al. Weight stigma in healthcare and self-reported healthcare avoidance. Obesity Science & Practice. 2025;11:e70095.
[Acessar fonte](#)
7. Viola LF, et al. Perceptions of obesity, health habits, stigma, and eating behaviors in Brazil. Diabetology & Metabolic Syndrome. 2025;17:119.
[Acessar fonte](#)