



## C A P Í T U L O 2

# ABORDAGEM INDIVIDUAL E COLETIVA PARA MANEJO DA OBESIDADE

Gisele Queiroz Carvalho

Domício Antônio da Costa Júnior

Kellem Regina Rosendo Vincha

### Pontos-chave

- A abordagem individual da pessoa com obesidade permite plano terapêutico personalizado, com escuta qualificada, vínculo e respeito à autonomia.
- Intervenções coletivas fortalecem apoio social e promovem mudanças sustentadas no estilo de vida.
- A combinação de estratégias individuais e coletivas amplia a efetividade do manejo da obesidade.
- Tecnologias digitais apoiam o automonitoramento e o engajamento, mas não substituem o contato humano.

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição crônica, multifatorial e de crescente impacto no Brasil e no mundo, cujos determinantes sociais, biológicos e comportamentais, bem como suas consequências clínicas e epidemiológicas, já são bem estabelecidos<sup>1,2</sup>. Apesar desse conhecimento sobre o tema, observa-se o aumento progressivo das prevalências de sobre peso e obesidade nas diversas faixas etárias e contextos socioeconômicos. A obesidade infantil é particularmente preocupante, acometendo aproximadamente 15% das crianças entre 5 e 9 anos e 13% dos adolescentes<sup>3</sup>. Esse panorama revela a complexidade do enfrentamento e a limitada efetividade de estratégias de prevenção e controle atualmente empregadas.

Diante dessa complexidade, recomenda-se a adoção de estratégias de manejo integradas, que combinem ações clínicas individuais com abordagens coletivas e intersetoriais, pautadas no cuidado centrado na pessoa, no acolhimento e na valorização da autonomia<sup>1</sup>. Para tanto, é essencial que os profissionais estejam alinhados às diretrizes técnicas e capacitados para conduzir intervenções seguras, éticas e resolutivas, assegurando respaldo tanto aos indivíduos quanto a si próprios no processo de cuidado.

## ESTRATÉGIAS NUTRICIONAIS E DE ATIVIDADE FÍSICA PARA O MANEJO DA OBESIDADE

As principais diretrizes para o tratamento da obesidade são categóricas quanto à necessidade de mudanças sustentadas no padrão alimentar e no estilo de vida da população como elementos centrais<sup>4,5</sup>. Nesse cenário, destaca-se o papel dos profissionais de saúde na implementação de medidas preventivas e terapêuticas baseadas em evidências. Isso inclui o monitoramento do peso corporal e dos fatores de risco cardiometabólicos, bem como a adoção de abordagens qualificadas de cuidado em saúde<sup>6</sup>.

A obesidade não pode ser compreendida apenas como resultado de escolhas individuais. Determinantes econômicos, políticos, culturais e sociais da saúde, como insegurança alimentar, baixa escolaridade e renda, ausência de espaços seguros para atividade física, custo e disponibilidade de alimentos in natura, tempo limitado para preparar refeições e a influência da indústria de ultraprocessados, afetam de maneira decisiva a prevalência da obesidade nas populações vulneráveis<sup>1,7,8</sup>.

Portanto, o manejo clínico da obesidade deve considerar esses determinantes e ser articulado a políticas públicas intersetoriais<sup>9</sup>. Programas de segurança alimentar e nutricional, regulação de publicidade de alimentos, subsídios a frutas e hortaliças e ações urbanas que incentivem o transporte ativo são fundamentais para prevenção e controle da obesidade em escala populacional.

## ESTRATÉGIAS NUTRICIONAIS NO MANEJO DA OBESIDADE

As estratégias nutricionais para prevenção e tratamento da obesidade envolvem ajustes na qualidade e na quantidade da alimentação. As evidências apontam que a abordagem mais eficaz é a restrição calórica, por meio de um planejamento alimentar equilibrado que conte com todos os grupos e priorize alimentos de baixa densidade energética, capazes de fornecer maior volume e saciedade. Não se recomenda a adoção de padrões focados exclusivamente na manipulação de macronutrientes, como as dietas cetogênicas e *low carb*<sup>4-6</sup>.

O padrão alimentar considerado ideal prioriza alimentos in natura, como frutas, legumes, verduras, cereais integrais, sementes, castanhas, peixes, carnes magras, laticínios com baixo teor de gordura, ovos e óleos vegetais, ao mesmo tempo em que limita o consumo de carnes vermelhas, sal, açúcar, bebidas adoçadas e ultraprocessados<sup>8</sup>. Além de favorecer a perda de peso, esse perfil contribui para a redução de processos inflamatórios, comuns na obesidade e associados ao maior risco de doenças cardiovasculares<sup>4,9</sup>.

Destacam-se os padrões alimentares Mediterrâneo, DASH e *Plant-based*, recomendados pela ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica) e pela Associação Americana de Endocrinologia Clínica<sup>4,5</sup>. Esses modelos são reconhecidos tanto no manejo da obesidade quanto na prevenção de complicações cardiometabólicas<sup>10-12</sup>, pois favorecem maior ingestão de fibras, antioxidantes e potássio, associada à redução de sódio, açúcares, gorduras totais, ácidos graxos saturados e colesterol<sup>4,5</sup>.

Para facilitar a adoção de um padrão alimentar saudável pela população, o guia MyPlate constitui um método simples e visual de planejamento das refeições, sem a necessidade de cálculos complexos ou restrições excessivas. Esse modelo recomenda que metade do prato seja composta por vegetais variados, um quarto por fontes de proteínas magras, como carnes brancas, peixes, ovos ou leguminosas, e o outro quarto por cereais integrais (Figura 1), além de incluir uma porção de fruta como acompanhamento<sup>13</sup>. Evidências indicam que combinar esse método ao conhecimento sobre o nível de processamento dos alimentos pode potencializar a adoção de práticas alimentares mais saudáveis, especialmente no contexto do ambiente alimentar moderno<sup>14</sup>.



Figura 1. Representação ilustrativa do MyPlate, criada com auxílio de Inteligência Artificial do Canva, baseada nas recomendações do USDA<sup>14</sup>.

Fonte: Os autores (2025).

## A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NAS DIVERSAS FASES DA VIDA

A atividade física é essencial na prevenção e no tratamento da obesidade, independente da perda de peso. Benefícios incluem redução do risco cardiovascular, melhora da qualidade de vida e da saúde metabólica, destacando-se a aptidão cardiorrespiratória como fator protetor<sup>15-17</sup>. A atividade física é recomendada, em todas as diretrizes para obesidade e em qualquer faixa etária, como parte fundamental da mudança no estilo de vida. Para ser efetivo, o programa de exercícios deve ser estruturado e personalizado, considerando o nível prévio, as preferências e motivações, bem como suas limitações médicas, sociais e econômicas<sup>16-18</sup>.

As recomendações de atividade física para crianças e adolescentes enfatizam intervenções multicomponentes, com foco no envolvimento familiar e no suporte multiprofissional, nas quais a prática regular de atividade física deve ser integrada a mudanças alimentares e ao suporte psicológico, sempre adaptada às condições individuais e ao contexto social da criança<sup>19</sup>. Individualmente, crianças com obesidade devem realizar pelo menos 60 minutos diários de exercícios de intensidade moderada, reduzir o tempo sedentário, incluindo o uso de modalidades ativas de transporte, como ciclismo e caminhada, bem como a limitação do tempo de tela a, no máximo, 2 horas por dia<sup>20</sup>. Revisões recentes reforçam que a adesão é maior quando as intervenções envolvem pais, escolas e comunidade, configurando uma dimensão coletiva que amplia o impacto para além do consultório<sup>21</sup>.

Em adultos, as diretrizes destacam que a abordagem individual deve priorizar a personalização da prescrição de exercícios (aeróbicos e de resistência), considerando comorbidades e preferências pessoais, de modo a favorecer a adesão e a manutenção a longo prazo. Como meta, adultos com obesidade devem progressivamente alcançar mais de 150 minutos semanais de exercícios de intensidade moderada, associados à redução do comportamento sedentário<sup>22</sup>. Estudos de intervenção demonstram que a reorganização do cuidado em equipes multiprofissionais (médico, nutricionista, educador físico) pode gerar reduções adicionais de peso em comparação ao cuidado usual, caracterizando uma estratégia que conecta a esfera individual à organizacional<sup>17</sup>.

## PRONTIDÃO PARA MUDANÇA: APLICAÇÃO DO MODELO TRANSTEÓRICO

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento deve ser incorporado no manejo da obesidade, por permitir identificar o estágio de prontidão do indivíduo para adotar hábitos mais saudáveis<sup>23</sup>. O modelo descreve cinco estágios principais (Quadro 1), e parte do pressuposto de que a mudança de comportamento depende

de uma decisão intencional e intrínseca. Além disso, reconhece que pessoas com a mesma condição de saúde, como a obesidade, podem estar em diferentes estágios do processo de mudança<sup>1,24</sup>. A adaptação das estratégias de intervenção conforme o estágio é fundamental para o sucesso terapêutico e a prevenção de recaídas<sup>1,23,24</sup>.

Quadro 1. Modelo Transteórico: estágios de mudança e estratégias associadas

ESTÁGIO	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS	ESTRATÉGIAS PARA SAÚDE
Pré-contemplação	Não reconhece a necessidade de mudança em um futuro próximo	Sensibilização, empatia, vínculo, escuta sem julgamento
Contemplação	Reconhece o problema, mas tem ambivalência. A motivação para a mudança é baixa	Exploração de vantagens e barreiras, reforço da autoeficácia
Preparação	Intenção de mudar em breve (nos próximos 30 dias)	Planejamento conjunto, metas realistas, apoio prático
Ação	Início efetivo de mudanças curtas e imediatas, nos próximos 6 meses	Reforço positivo, monitoramento, resolução de obstáculos
Manutenção	Sustentação de mudanças realizadas por mais de 6 meses	Apoio contínuo, prevenção de recaídas, valorização de conquistas

Fonte: Adaptado de Prochaska e Velicer<sup>24</sup> e Freitas<sup>23</sup>.

Na **pré-contemplação**, o foco deve ser sensibilizar para os riscos associados ao excesso de peso, sem imposições. Na **contemplação**, é útil estimular reflexões sobre os benefícios da mudança e as dificuldades percebidas. Na **preparação**, o objetivo é apoiar no estabelecimento de metas e estratégias. Durante a **ação**, o acompanhamento contínuo e o reforço positivo são fundamentais. Por fim, **manutenção**, quando a modificação do comportamento ocorreu há mais de seis meses, é necessária vigilância, apoio emocional e estratégias para prevenir recaídas<sup>23</sup>. Os estágios não são lineares, e recaídas podem ocorrer em qualquer fase do processo, levando o indivíduo a retornar a etapas iniciais e, em alguns casos, gerar desmotivação ou até negação do tratamento<sup>24</sup>. Isso exige adaptação contínua da intervenção, considerando o estágio em que o indivíduo se encontra.

Foi demonstrada alta eficácia da abordagem individualizada baseada no Modelo Transteórico do Comportamento para perda de peso em mulheres com obesidade usuárias da atenção primária à saúde no Brasil<sup>23</sup>. Nesse ensaio clínico randomizado, ambos os grupos continuaram participando de atividades coletivas já oferecidas aos usuários, como prática de atividade física três vezes por semana e encontros mensais para atividades educativas em nutrição. A diferença foi a inclusão da abordagem transteórica em atendimentos individuais no grupo intervenção, reforçando que identificar o estágio de mudança permite direcionar a intervenção de forma mais precisa e aumentar sua efetividade.

Por meio da adoção do Modelo Transteórico no processo de mudança de estilo de vida em pessoas com obesidade, o profissional deve considerar que<sup>1,23</sup>:

- | Nem todos os indivíduos estão prontos para mudanças de comportamento. Alguns podem nem reconhecer a existência do problema, mesmo apresentando casos mais graves de obesidade e com comorbidades;
- | Para alguns, trabalhar a motivação e a problematização do agravo, de forma concreta e adaptada ao contexto de vida, pode ser mais eficaz do que adotar um discurso biologicista e altamente prescritivo. Ou seja, nem sempre a melhor conduta será baseada em orientações nutricionais e na prescrição de planos alimentares ou de atividade física dos participantes.
- | A mudança de comportamento pode levar meses ou até anos, e deve ser acompanhada individualmente;
- | O risco de recaídas é real, mesmo para pessoas que estão há muito tempo na fase de manutenção. Por isso, cumplicidade, motivação e vigilância devem ser mantidos durante todo o processo.

## FUNDAMENTOS DA ABORDAGEM INDIVIDUAL

A abordagem individual da obesidade é centrada na pessoa e fundamenta-se na construção de vínculo terapêutico. O uso de ferramentas como o Método Clínico Centrado na Pessoa, a Entrevista Motivacional, o Modelo Transteórico e a Terapia Cognitiva Comportamental, permite um cuidado direcionado, com escuta qualificada, respeito à autonomia, estímulo ao autocuidado e adaptação do plano terapêutico à realidade do indivíduo. A integração dessas ferramentas amplia o atendimento e compensa limitações de cada método, de forma complementar.

O Método Clínico Centrado na Pessoa parte do pressuposto de que a pessoa é o centro do cuidado, e não a doença<sup>1</sup>. O problema de saúde é reconhecido, mas o foco está em objetivos individuais, considerando fatores psicológicos, sociais, econômicos e territoriais que podem favorecer o agravo. Essa abordagem promove relações horizontais, com escuta empática e valorização da trajetória de vida, fortalecendo a autonomia e o poder de decisão da pessoa (**Figura 2**). O profissional atua como facilitador, buscando equilíbrio entre as metas clínicas e os objetivos do paciente, com corresponsabilidade, respeitando diferenças, valores, fragilidades e ritmos individuais. Colocar a pessoa no centro do tratamento aumenta a adesão, a confiança e contribui para a superação de estigmas, ampliando a efetividade do processo terapêutico.



Figura 2. Estratégia de abordagem individual com escuta qualificada.

Fonte: Os autores (2025).

O aconselhamento em saúde, entendido como um processo estruturado e centrado na pessoa, baseia-se na escuta ativa e na problematização, com o objetivo de promover autonomia e estimular mudanças sustentáveis<sup>1,25</sup>. Ele pode ser organizado em três etapas principais: (1) Descoberta inicial, (2) Exploração em profundidade e (3) Preparação para a ação<sup>1</sup>. Conduzir bem cada etapa exige profissionais qualificados e atentos às necessidades do paciente (**Quadro 2**).

Na **Descoberta inicial**, o profissional acolhe a pessoa com obesidade, identifica motivações, necessidades e preocupações, associando a escuta ativa ao uso de ferramentas padronizadas para a identificação do excesso de peso, como o IMC, a circunferência abdominal e a composição corporal, além da investigação de

complicações associadas, fatores de risco e histórico de saúde individual e familiar<sup>1,5</sup>. A genotipagem também pode orientar o cuidado segundo variabilidades genéticas e sua interação com o ambiente<sup>5</sup>.

Quadro 2. Etapas do aconselhamento em saúde no manejo da obesidade

ETAPA	OBJETIVO PRINCIPAL	ESTRATÉGIAS RECOMENDADAS
1. Descoberta inicial	Acolher e compreender o ponto de partida do usuário	Escuta ativa, empatia, identificação de motivação e dificuldades
2. Preparação em profundidade	Identificar barreiras, crenças e contexto de vida	Diálogo aberto, avaliação do ambiente, mapa de influências
3. Preparação para a ação	Construir metas realistas e plano de ação	Pactuação de objetivos, planos de cuidados, definição de apoios

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde<sup>1</sup> e Brasil<sup>25</sup>.

Na etapa de **Exploração em profundidade**, busca-se compreender o contexto de vida, fatores desencadeantes dos comportamentos, relações sociais e barreiras percebidas para mudanças<sup>1,25</sup>. A problematização de situações cotidianas pode favorecer reflexões sobre a própria condição e seus condicionantes, as dificuldades e estratégias de enfrentamento. É fundamental que o profissional de saúde auxilie na identificação de barreiras pessoais, ambientais e sociais relacionadas, especialmente na atenção primária.

A **Preparação para a ação** envolve a construção conjunta de metas realistas, pactuação de estratégias e definição de recursos de apoio, com uso de plano de cuidados e o acompanhamento contínuo<sup>1,25</sup>. As mudanças no estilo de vida devem ser adaptadas às preferências individuais, priorizando alimentos e atividade física mais aceitos, financeiramente acessíveis e adequados ao contexto local e cultural<sup>6</sup>. A tomada de ação deve ser intersetorial e permanente, envolvendo território, cultura local e múltiplos determinantes da obesidade.

No aconselhamento em saúde, a abordagem deve ser acolhedora e respeitosa, evitando prescrições rígidas gerem culpa ou estigma<sup>1,25</sup>. É fundamental valorizar a história alimentar, estimular escolhas culturalmente adequadas e sustentáveis e promover a articulação com o território.

Algumas estratégias efetivas no cuidado incluem<sup>1,5,8,13</sup>:

- Inclusão de atividade física e estratégias alimentares em planos de trabalhos individuais construídos por equipe multidisciplinar;
- Prescrição individualizada e contextualizada, em linguagem acessível;

- | Apoio para superar barreiras como limitações econômicas, custo, falta de tempo, habilidades culinárias e a desinformação;
- | Ações educativas que promovam a autonomia alimentar, incluindo a leitura de rótulos, incentivo às práticas culinárias e consumo consciente, o mapeamento de locais que comercializem alimentos in natura e agroecológicos;
- | Utilização de aplicativos, pedômetros ou agendas de registro;
- | Inserção em grupos de alimentação saudável e de prática de atividade física comunitária;
- | Articulação com academias de saúde e escolas.

Em crianças, alimentação escolar, envolvimento dos cuidadores e criação em ambientes alimentares saudáveis são fundamentais, reforçando que as intervenções familiares multicomponentes são mais efetivas para crianças e adolescentes<sup>7</sup>.

O sucesso no tratamento pode ser medido por metas individuais e progressivas<sup>5</sup>, definidas em conjunto com o indivíduo, promovendo corresponsabilidade e engajamento no processo terapêutico. Considera-se positivo quando há adoção de estilo de vida mais saudável, refletida na melhoria dos hábitos alimentares e no aumento na prática de atividade física. Pequenas mudanças graduais e consistentes apresentam impacto significativo, e aproximam a pessoa de hábitos sustentáveis<sup>13</sup>.

A Associação Americana de Endocrinologia Clínica<sup>5</sup> enfatiza que metas quantitativas e realistas de peso devem ser acompanhadas em longo prazo. O sucesso pode ser considerado quando, dependendo dos objetivos individuais:

- | Indivíduo não ganha mais peso;
- | Perda de 1% do peso corporal por ano;
- | Perda de 5 a 10% do peso em 6 - 12 meses.

Para indivíduos com sobrepeso (IMC 25 - 29,9kg/m<sup>2</sup>), sem complicações associadas à adiposidade, pequenas alterações no estilo de vida podem trazer resultados positivos. Essas mudanças funcionam mesmo sem perda significativa de peso corporal. Intervenções graduais e sustentáveis são mais fáceis de manter e devem ser adaptadas à realidade de cada pessoa.

O profissional de saúde tem papel essencial no aconselhamento da pessoa com obesidade. Além de problematizar e auxiliar na compreensão do problema, atua na elaboração e no acompanhamento do plano de ação, reforçando a motivação, prevenindo recaídas e garantindo ajustes precoces quando necessário<sup>6</sup>. O monitoramento regular do peso corporal e da ingestão alimentar, por meio da atenção à montagem dos pratos e às informações nutricionais dos rótulos, em consonância às metas individuais, constitui parte do cuidado contínuo<sup>6</sup>.

Em síntese, a abordagem individual da obesidade não se limita à definição de estratégias ou metas numéricas, mas envolve um processo contínuo de acolhimento, corresponsabilidade e vínculo terapêutico. Ao equilibrar técnica e sensibilidade, ciência e escuta, o cuidado se torna mais efetivo, promove adesão e favorece resultados sustentáveis em longo prazo.

## FUNDAMENTOS DA ABORDAGEM COLETIVA

O cuidado coletivo, como os grupos, tem se tornado frequente nos serviços de saúde, devido ao seu reconhecimento como prática educativa. Os grupos são formados por dois ou mais indivíduos que têm objetivos comuns, interligados por constantes de tempo e espaço. Esse cuidado favorece a comunicação, a troca de saberes e experiências, a elaboração do conhecimento e a aprendizagem em saúde, a adesão ao cuidado e a promoção de mudanças sustentáveis de comportamento<sup>1,26,27</sup>.

Existem diferentes estratégias que podem ser utilizadas em grupos voltados ao cuidado de indivíduos com obesidade, sendo a escolha dependente do público, do contexto e do profissional. Em grupos voltados à promoção da alimentação saudável em idosos, utilizam-se técnicas de mudanças de comportamento, palestras e rodas de interação e discussão. Os grupos ocorrem com frequência e duração variável, sendo a maioria com encontros semanais e duração média de 12 semanas. Os participantes são acompanhados por avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar, mensurado por questionário de frequência, recordatório de 24 horas ou registro alimentar<sup>28</sup>.

Essa variação de estratégias também é observada em grupos de alimentação com a população adulta que tem o objetivo de redução de peso. Esses grupos têm duração média de 6 meses, com aproximadamente 22 encontros, a maioria ocorrendo semanalmente e com duração média de 87 minutos. As estratégias utilizadas são diversas, incluindo apoio ao automonitoramento, definição de metas, identificação de barreiras e resolução de problemas, apoio social e de pares, fornecimento de feedback, demonstração de comportamento, estímulo a habilidades culinárias e leitura de rótulos alimentares, discussão em grupo, associação com exercícios físicos e entrega de planos alimentares individualizados<sup>29</sup>. Borek et al.<sup>29</sup> destacaram que as estratégias de metas alimentares, planos alimentares e fornecimento de feedback aos participantes resultam em maior perda de peso do que outras estratégias. Além disso, os grupos são eficazes na promoção de perda de peso significativa em 12 meses.

No Brasil, grupos com a população acima do peso são realizados nas Unidades Básicas de Saúde. Um estudo quase experimental com mulheres com sobrepeso ou obesidade, analisou a intervenção antes e depois do grupo e verificou redução de peso e de IMC. O grupo intervenção teve duração de 7 meses, com encontros mensais

de 60 minutos, abordando temas como grupos de alimentos, rótulos alimentares, motivação, oficina culinária e plano alimentar individualizado. As participantes mantiveram a perda de peso após 7 meses do término dos encontros<sup>30</sup>, evidenciando que os grupos promovem resultados sustentáveis.

Os grupos representam estratégias positivas para o cuidado na obesidade, beneficiando participantes e profissionais, pois permitem organização e manejo de demandas semelhantes, além de potencial redução de custos para os serviços de saúde<sup>31</sup>.

## PROPOSTAS PARA QUALIFICAÇÃO DA ABORDAGEM COLETIVA

A abordagem coletiva contribui para o empoderamento e a autonomia em saúde, por meio do compartilhamento de experiências e informações entre participantes e profissionais<sup>30</sup>. No entanto, exige planejamento e intensa participação do profissional facilitador e da equipe<sup>1</sup>. Neste capítulo, são apresentadas perguntas que podem apoiar os profissionais da saúde nesta intervenção (**Figura 3**).

Para criar um espaço atrativo e participativo, o diagnóstico é essencial, incluindo a análise dos problemas alimentares e nutricionais dos participantes e o diagnóstico educativo. Para facilitar a construção da identidade grupal, é importante que os participantes tenham características em comum, além da condição de obesidade, como fase da vida e território, de forma a aproxima-los. Uma possibilidade de diagnóstico é avaliar o estágio de mudança pelo Modelo Transteórico (**Quadro 1**) e a autoeficácia para redução de peso (quão confiante o indivíduo encontra-se para perder peso), tempo disponível e desejo de participação em grupos de 6 meses ou mais de duração<sup>1</sup>.



Figura 3. Planejamento para qualificação da abordagem coletiva.

Fonte: Os autores (2025).

Com o diagnóstico e definição do grupo, sugere-se definir claramente o objetivo do grupo para profissionais e participantes. O grupo pode ser aberto ou fechado, dependendo de fatores como demanda, objetivo, infraestrutura e tempo disponível. O grupo fechado, com número pré-estabelecido de encontros e com os mesmos participantes, é o indicado para o cuidado de pessoas com obesidade<sup>27</sup>.

Recomenda-se organizar encontros com no máximo 20 indivíduos, ocorrendo semanalmente, podendo reduzir a frequência ao longo do acompanhamento. Cada encontro deve durar de 60 a 90 minutos, com acompanhamento mínimo de 6 meses. A frequência de contato com os participantes amplia a efetividade do grupo, podendo ser presencial ou mediada por tecnologias de comunicação. Os encontros podem ser temáticos, definidos no início do grupo ou ao longo do seu desenvolvimento, e organizados em três momentos: início (acolhimento apresentação do objetivo do encontro), intermediário (atividades, dinâmicas e técnicas que promovam reflexão e discussão sobre o tema) e sistematização e avaliação (síntese do encontro, estabelecimento de acordos e fechamento do desenvolvimento)<sup>1,27</sup>.

Para a sistematização e fechamento do encontro, sugere-se a construção de metas de mudanças alimentares com os participantes, uma vez que essa estratégia favorece a perda de peso<sup>29</sup> e possibilita a transformação do conhecimento adquirido em mudanças práticas na rotina dos participantes. As metas devem ser motivadoras, específicas, ter um prazo de execução, alcançáveis, sustentáveis e significativas, e relacionadas ao tema do encontro<sup>32</sup>. O profissional deve avaliar se é pertinente construir metas individuais ou coletivas. Após a construção, é importante que haja uma discussão coletiva no próximo encontro, com o intuito de reforçar mudanças positivas, apoiar os participantes nas dificuldades e, se necessário, adequá-las.

É fundamental que os encontros sejam atrativos e participativos, motivando a permanência no grupo e a retornarem. Recomenda-se a inserção de elementos lúdicos nos encontros, como estudo de caso, práticas corporais, análise de imagens em grupos pequenos, dramatização, degustação, demonstração, jogos, brincadeiras, narrativas, oficinas culinárias e saraus<sup>1</sup>.

No desenvolvimento do grupo, os encontros devem ser registrados e monitorados. O registro permite identificar o perfil dos participantes, atividades realizadas, profissionais envolvidos e avaliar se os objetivos foram alcançados. A avaliação envolve tanto instrumentos quantitativos, como consumo alimentar e estado nutricional, quanto instrumentos qualitativos, como entrevistas e observações sobre motivação, satisfação e mudanças comportamentais<sup>1,27</sup>.

## EVIDÊNCIAS COMPARATIVAS ENTRE ABORDAGENS INDIVIDUAL E COLETIVA

Estudos indicam que a abordagem em grupo tende a promover maior perda de peso a longo prazo do que a individual com o mesmo conteúdo. A revisão sistemática de Street e Avenell<sup>33</sup> demonstrou perda média superior de 1,33 kg nas intervenções grupais. Por outro lado, uma revisão sistemática<sup>31</sup> mostrou efeito semelhante entre abordagens individual e coletiva, ambas baseadas em modificações quantitativas e qualitativas da alimentação dos indivíduos, envolvendo planos alimentares.

Considerando que o manejo da obesidade envolve também a atividade física, é relevante discutir suas modalidades individuais e coletivas. Atividades físicas individuais, como caminhadas, corrida, ciclismo ou exercícios resistidos, são amplamente recomendadas por sua facilidade de personalização, permitindo que intensidade e frequência sejam adaptadas às preferências, limitações clínicas e comorbidades de cada paciente<sup>34</sup>. Entretanto, essas estratégias podem ter limitações quanto ao custo, necessidade de acompanhamento profissional e ao risco de abandono pela falta de suporte social<sup>35</sup>. Nesse sentido, intervenções coletivas, que combinam dieta e atividade física em programas de grupo, vêm ganhando destaque como alternativas custo-efetivas e capazes de ampliar a adesão.

Uma metanálise de 47 ensaios clínicos randomizados demonstrou que intervenções em grupo promoveram perdas médias de 3 a 4 kg em até 12 meses, com manutenção parcial do efeito em 24 meses<sup>35</sup>. De forma semelhante, uma revisão sistemática de ensaios clínicos com adultos com obesidade mostrou que programas coletivos foram mais eficazes que os individuais para perda de peso em longo prazo, com maior chance de atingir reduções  $\geq 5\%$  do peso corporal, sem aumento nas taxas de abandono<sup>33</sup>.

Além da eficiência em termos de custo e tempo dos profissionais, programas coletivos oferecem suporte social, troca de experiências e motivação mútua, elementos que favorecem a manutenção do engajamento<sup>33,35</sup>. No entanto, exigem maior criatividade na implementação, pois nem todos os indivíduos se sentem confortáveis em grupos, e a personalização tende a ser menor do que em atendimentos individuais<sup>33,35</sup>.

As recomendações atuais reconhecem a abordagem individual como essencial para ajustar intensidade, tipo e frequência do exercício às necessidades clínicas. Porém, reforçam que a efetividade máxima depende da inserção em estratégias coletivas, seja pelo suporte familiar, escolar e comunitário em crianças, seja pela organização de serviços de saúde e políticas ambientais em adultos<sup>19,20,22</sup>. Portanto, a escolha da abordagem deve considerar preferências, perfil clínico e contexto da população e do serviço (**Quadro 3**).

Quadro 3. Comparativo entre abordagens individual e coletiva no manejo da obesidade.

CARACTERÍSTICA	ABORDAGEM INDIVIDUAL	ABORDAGEM COLETIVA
<b>Foco principal</b>	Singularidade, escuta ativa e plano personalizado	Apoio social, troca de experiências e informações
<b>Potencial terapêutico</b>	Tratamento individualizado e construção de estratégias de cuidado focadas no indivíduo	Sentimento de pertencimento, incentivo mútuo e identificação de problemas comuns dos participantes
<b>Custo e viabilidade</b>	Maior demanda de tempo e recursos profissionais. Demanda espaço físico específico	Maior alcance populacional com menor custo por pessoa. Pode ser conduzido em salas multiuso, espaços da comunidade (ex. igrejas, escolas etc.)
<b>Efetividade em perda de peso</b>	Boa efetividade, especialmente com seguimento contínuo	Superior em intervenções de médio e longo prazos
<b>Aplicabilidade</b>	Casos complexos, resistências	Promoção de práticas alimentares saudáveis em populações amplas

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde<sup>1</sup>.

As abordagens podem acontecer de forma concomitante no cuidado das pessoas com obesidade. Grupos produzem efeito positivo na redução do peso e podem ser associadas à abordagem de planejamentos individualizados<sup>28,29,31</sup>.

## PAPEL DA TECNOLOGIA E INTERVENÇÕES HÍBRIDAS

O uso de tecnologias digitais tem se tornado cada vez mais relevante no manejo da obesidade, refletindo a ampla inserção desses recursos na vida cotidiana e sua capacidade de ampliar o alcance das intervenções em saúde. Ferramentas como aplicativos móveis, plataformas online, telemedicina e programas híbridos (que combinam interações presenciais e digitais) oferecem novas possibilidades para apoiar mudanças de estilo de vida, facilitando o automonitoramento, comunicação com profissionais de saúde e a criação de redes de suporte social<sup>36-38</sup>.

Em crianças e adolescentes, intervenções digitais são mais eficazes quando associadas a contextos familiares e escolares, reforçando a dimensão coletiva. Aplicativos com suporte parental, teleatendimento com feedback de profissionais e jogos digitais interativos têm mostrado impacto positivo na redução do comportamento sedentário e na promoção da atividade física, embora os efeitos sobre a perda de peso ainda sejam modestos<sup>36</sup>. Intervenções individuais, como aplicativos de monitoramento do IMC e mensagens automatizadas, podem auxiliar na conscientização e adesão inicial, mas programas coletivos que envolvem pais, professores e pares parecem mais sustentáveis em longo prazo<sup>36,39</sup>.

Entre adultos, intervenções digitais têm mostrado benefícios na redução de peso, especialmente com feedback personalizado e suporte contínuo. Revisões sistemáticas indicam que plataformas online e aplicativos promovem perdas de peso significativas em curto prazo, mas tendem a ser menos eficazes que programas presenciais na manutenção da perda ponderal a longo prazo<sup>37,38</sup>. Em abordagens individuais, as ferramentas digitais oferecem conveniência, baixo custo e possibilidade de personalização, mas enfrentam o desafio da baixa adesão com o tempo<sup>37</sup>. Em abordagens coletivas, grupos virtuais, redes sociais e fóruns online ampliam o engajamento ao fornecer apoio social, maior interação entre os participantes e incentivo à manutenção das mudanças<sup>36,38</sup>. As intervenções híbridas, que combinam encontros presenciais com acompanhamento digital, parecem reunir o melhor de ambos os mundos, mostrando resultados superiores em termos de adesão e perda de peso sustentada<sup>37,40</sup>.

Em idosos, os dados ainda são limitados, mas evidências sugerem que ferramentas digitais podem ser eficazes quando adaptadas às necessidades desse grupo. Interfaces simples, suporte técnico e integração com cuidadores ou familiares são elementos críticos para aumentar a adesão. Além disso, programas híbridos que combinam contato presencial com tecnologias acessíveis podem reduzir barreiras de mobilidade e ampliar o acesso ao cuidado<sup>37</sup>.

Assim, a tecnologia e as intervenções híbridas desempenham papel crescente em abordagens individuais e coletivas para o manejo da obesidade. Enquanto os recursos digitais oferecem conveniência, personalização e alcance populacional, os programas coletivos e híbridos fortalecem o apoio social e a sustentabilidade das mudanças, configurando estratégias complementares que ampliam possibilidades terapêuticas frente ao desafio global da obesidade<sup>37,38,40</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manejo da obesidade exige um cuidado integral, longitudinal e centrado na pessoa. A abordagem individual permite a construção de um plano terapêutico adaptado às necessidades e condições de vida de cada usuário, valorizando o vínculo, a escuta ativa e o respeito à autonomia. Por sua vez, a abordagem coletiva fortalece o apoio social, promove troca de saberes e otimiza recursos, sendo especialmente eficaz na manutenção de mudanças comportamentais a longo prazo. Observa-se que quando a associação das abordagens traz resultados positivos. O cuidado pode ocorrer por meio de encontros em grupo, complementados por atendimentos individuais no início, no meio e no final da intervenção coletiva. Nesses encontros individuais, é possível realizar o diagnóstico, construir planos alimentares e de atividades ou metas de mudanças, e avaliar os progressos dos participantes.

Este capítulo evidenciou a importância de integrar diferentes estratégias, aconselhamento nutricional, ações em grupo, incentivo à atividade física, utilização de recursos lúdicos e tecnológicos e suporte multiprofissional, dentro de uma lógica de cuidado compartilhado e contínuo. A prática de atividade física, por exemplo, demonstrou-se eficaz na redução de riscos cardiometaabólicos mesmo na ausência de perda ponderal significativa, reforçando que a saúde vai além do peso corporal.

É considerável reconhecer que fatores estruturais, como insegurança alimentar, desigualdade social e ambientes obesogênicos, impõem limites às escolhas individuais. Por isso, o cuidado deve estar articulado a políticas públicas locais e intersetoriais que enfrentem os determinantes da obesidade.

Por fim, o cuidado em obesidade deve ser compreendido como um processo, não como uma meta isolada. A jornada de cada pessoa é única, e cabe aos profissionais de saúde apoiar essa caminhada com empatia, ciência e compromisso com a equidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. *Instrutivo de abordagem individual para o manejo da obesidade no SUS*. Brasília: MS; 2024.

2. World Health Organization. *Obesity and overweight* [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2025 [citado 30 jul 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweightabeso>
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN: relatórios públicos*. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em: 05 ago. 2025.
4. Pepe RB, Lottenberg AM, Fujiwara CTH, Beyruti M, Cintra DE, Machado RM, et al. Position statement on nutrition therapy for overweight and obesity: Nutrition department of the Brazilian association for the study of obesity and metabolic syndrome (ABESO-2022). *Diabetol Metab Syndr*. 2023;15(1):124.
5. Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, Garber AJ, Hurley DL, Jastreboff AM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocrinol Pract*. 2016;22(Suppl 3):1-203.
6. AACE. American Association of Clinical Endocrinologists. *Meal prep: How to plan for Healthy Eating*. Disponível em: <https://www.aace.com/disease-and-conditions/nutrition-and-obesity/meal-prep-how-plan-healthy-eating>. Acesso em: 8 set. 2025.
7. Martin A, et al. Interventions for promoting habitual exercise in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2(2):CDO10824.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira*. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde; 2014.
9. Nilson EAF, Ferrari G, Louzada MLC, et al. Premature deaths attributable to the consumption of ultraprocessed foods in Brazil. *Am J Prev Med*. 2023;64(1):129-36.
10. Mambrini SP, Penzavecchia C, Menichetti F, Foppiani A, Leone A, Pellizzari M, et al. Plant-based and sustainable diet: A systematic review of its impact on obesity. *Obes Rev*. 2025;26(6):e13901.
11. Lotfi, K, Saneei, P, Hajhashemy, Z, Esmaillzadeh, A. Adherence to the mediterranean diet, five-year weight change, and risk of overweight and obesity: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Adv Nutr*. 2022;13(1):152-66.

12. Lari A, Sohouli MH, Fatahi S, Cerqueira HS, Santos HO, Pourrajab B, et al. The effects of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet on metabolic risk factors in patients with chronic disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2021;31(10):2766-78.
13. USDA. U.S. DEPARTMENT OF Agriculture; U.S. Department of health and human services. *Start Simple with MyPlate Today.* [S.I.]: Food and Nutrition Service, USDA, 2020. Disponível em: [https://www.dietaryguidelines.gov/sites/default/files/2021-03/DGA\\_2020-2025\\_StartSimple\\_withMyPlate\\_English\\_color.pdf](https://www.dietaryguidelines.gov/sites/default/files/2021-03/DGA_2020-2025_StartSimple_withMyPlate_English_color.pdf). Acesso em: 8 set. 2025.
14. Nazmi A, Tseng M, Robinson D, Neill D, Walker J. A Nutrition education intervention using NOVA is more effective than MyPlate alone: A proof-of-concept randomized controlled trial. *Nutrients.* 2019;11(12):2965.
15. Ortega FB, et al. Physical activity and fitness vs adiposity and mortality. *Prog Cardiovasc Dis.* 2022;72:10-37.
16. Sererols C, Fontecha-Valero B, Heras-Ojeda M, Agüera Z, Lluch-Canut T, Moreno-Poyato A, et al. An interdisciplinary intervention based on prescription of physical activity, diet, and positive mental health to promote healthy lifestyle in patients with obesity: A randomized control trial. *Nutrients.* 2024;16(16):2776.
17. Flodgren G, Gonçalves-Bradley DC, Summerbell CD. Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in children and adults with overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;11(11):CD000984.
18. Brittain EL, Han L, Annis J, Master H, Hughes A, Roden DM, et al. Physical activity and incident obesity across the spectrum of genetic risk for obesity. *JAMA Netw Open.* 2024;7(3):e243821.
19. Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics.* 2023;151(2):e2022060640.
20. Leung AKC, Wong AHC, Hon KL. Childhood obesity: An updated review. *Curr Pediatr Rev.* 2024;20(1):2-26.
21. Dietz W, Belay B, Bradley D, Kahan S, Muth ND, Sanchez E, et al. *A model framework that integrates community and clinical systems for the prevention and management of obesity and other chronic diseases.* NAM Perspectives. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC; 2017.
22. Gaskin CJ, Cooper K, Stephens LD, Peeters A, Salmon J, Porter J. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity published internationally: A scoping review.

*Obes Rev.* 2024;25(5):e13700.

23. Freitas PP, Menezes MC, Santos LC, Pimenta AM, Ferreira AVM, Lopes ACS. The transtheoretical model is an effective weight management intervention: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2020;20(1):652.
24. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*. 1997;12(1):38-48.
25. Brasil. Ministério da Saúde. *Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde*. Brasília : Ministério da Saúde; 2021.
26. Street S, Avenell A. Are individual or group interventions more effective for long-term weight loss in adults with obesity? *Clin Obes*. 2022;12:e12539.
27. Vincha KRR, Santiago DA, Campos EAL de, Pellegrinelli MLP. Prática educativa em grupo: respondendo inquietações. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM. (Coord.). *Mudanças alimentares e educação alimentar e nutricional*. 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan; 2017, p. 318-326.
28. Teggart K, Ganann R, Sihota D, Moore C, Keller H, Senson C, et al. Group-based nutrition interventions to promote healthy eating and mobility in community-dwelling older adults: a systematic review. *Public Health Nutr*. 2022;25(10):1-32.
29. Borek AJ, Abraham C, Greaves CJ, Tarrant M. Group-Based diet and physical activity weight-loss interventions: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Appl Psychol Health Well Being*. 2018;10(1):62-86.
30. Bernardes MS, Marín-Léon L. Educação alimentar e nutricional em grupo para o tratamento do excesso de peso em mulheres adultas na estratégia de saúde da família. *Rev Nutr*. 2018;31(1):59-70.
31. Canuto R, Garcez A, de Souza RV, Kac G, Olinto MTA. Nutritional intervention strategies for the management of overweight and obesity in primary health care: A systematic review with meta-analysis. *Obes Rev*. 2021;22(3):e13143.
32. Alvarenga M, Timerman F, Figueiredo M, Pisciolaro F, Vicente Jr. C, Polacow V, et al. Nutrição Comportamental no tratamento da obesidade. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio Cynthia. *Nutrição Comportamental*. 2 ed. Barueri: Manole; 2019. p. 347-387.

33. Street S, Avenell A. Are individual or group interventions more effective for long-term weight loss in adults with obesity? *Clin Obes.* 2022;12:e12539.
34. Arena R, Whitsel L, Berra K, Lavie CJ, Paez SB, Phillips SA, et al. The impact of physical activity on weight loss in relation to the pillars of lifestyle medicine—A narrative review. *Am J Lifestyle Med.* 2024;18(2):132-46.
35. Borek AJ, Abraham C, Greaves CJ, Tarrant M. Group-Based diet and physical activity weight-loss interventions: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Appl Psychol Health Well Being.* 2018;10(1):62-86.
36. Palacios C, Hernandez J, Ajmal A, Rodriguez AJ, Hassan AYI, Metzendorf MI, et al. Digital health, technology-driven or technology-assisted interventions for the management of obesity in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2025;7(7):CD015968.
37. Mamalaki E, Poulimeneas D, Tsiampalis T, et al. The effectiveness of technology-based interventions for weight loss maintenance: A systematic review of randomized controlled trials with meta-analysis. *Obes Rev.* 2022; 23(9):e13483.
38. Neve M, Morgan PJ, Jones PR, Collins CE. Effectiveness of web-based interventions in achieving weight loss and weight loss maintenance in overweight and obese adults: A systematic review with meta-analysis. *Obes Rev.* 2010;11(4):306-21.
39. Heerman WJ, Rothman RL, Sanders LM, Schildcrout JS, Flower KB, Delamater AMet al. A digital health behavior intervention to prevent childhood obesity: The Greenlight Plus randomized clinical trial. *JAMA.* 2024;332(24):2068-80.
40. Männistö SA, Pietiläinen KH, Muotka J, Suojanen LU, Lappalainen R, Korpela R. Coach-Assisted eHealth with group or individual support for employees with obesity: Randomized controlled trial on weight, body composition, and health metrics. *J Med Internet Res.* 2025;27:e60436.