SciELO Preprints

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Controle e patologização das corporalidades gordas: bases conceituais da chamada “obesidade” em protocolos brasileiros

Bianca Niemezewski Silveira, Alcindo Antonio Ferla, Ale Mujica Rodriguez, Angélica Dias Pinheiro

https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

Submetido em: 2026-10-10
Postado em: 2026-11-03 (versão 1)
(AAAA-MM-DD)

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

Controle e patologização das corporalidades gordas: bases conceituais da chamada "obesidade" em protocolos brasileiros

Bianca Niemezewski Silveira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5882-5633

Alcindo Antonio Ferla

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9408-1504

Ale Mujica Rodriguez

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6352-0615

Angélica Dias Pinheiro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0000-2973-2668

Resumo

Protocolos são recomendações elaboradas de forma sistemática a partir de evidências científicas para auxiliar as decisões de profissionais de saúde. A chamada "obesidade" é tida como uma doença desde 1948, porém estudos mostram que essa classificação não se deu por evidências científicas, epidemiológicas ou laboratoriais. Este artigo objetivou identificar os principais protocolos de "obesidade" atualmente existentes no Brasil e analisar como conceituam "obesidade". Foi realizada análise documental de cinco protocolos brasileiros e concluiu-se que a maioria (quatro) apresenta o índice de massa corporal (IMC) como critério diagnóstico, ainda que eles mesmos reconheçam as falhas existentes neste instrumento.

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

Acredita-se na ciência baseada em evidências, mas supervalorizam-se estudos quantitativos, os quais nem sempre são suficientes para responder questões relacionadas a anomalias encontradas no paradigma científico atual. A manutenção da patologização e medicalização das corporalidades gordas, baseada numa conceituação frágil e enviesada, permite a consolidação da biopolítica da "obesidade", onde o controle da massa corporal é uma forma de controle das corporalidades ditas desviantes, perpetuando a gordofobia e o gordo-ódio, que privam as pessoas gordas de acesso a direitos humanos. Palavras-chave Obesidade, Medicalização, Patologização, Gordofobia

Control and pathologization of fat bodies: conceptual bases of so-called "Obesity" in Brazilian protocols

Abstract

Protocols are recommendations systematically developed based on scientific evidence to healthcare professionals in their decision-making. "Obesity" has been classified as a disease since 1948; however, studies indicate that this classification was not based on scientific, epidemiological, or laboratory evidence. This article aimed to identify the main protocols regarding "obesity" currently in use in Brazil and to analyze how they conceptualize "obesity". A document analysis of five Brazilian protocols was conducted, revealing that the majority (four) use Body Mass Index (BMI) as a diagnostic criterion, even though the protocols themselves acknowledge the instrument's flaws. While there is a commitment to evidence-based science, quantitative studies are often overvalued, once they are not always sufficient to address questions regarding anomalies within the current scientific paradigm. The continued pathologization and medicalization of fat bodies, grounded in a fragile and biased conceptualization, reinforces the biopolitics of "obesity," wherein the control of body mass serves as a means of controlling bodies deemed deviant; this perpetuates fatphobia and

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

anti-fat hatred, denying fat people access to human rights. Keywords: Obesity, Medicalization, Pathologization, Fatphobia.

Introdução

Protocolos e diretrizes clínicas são recomendações elaboradas de forma sistemática a partir de evidências científicas para auxiliar as decisões de profissionais acerca dos cuidados de saúde mais apropriados; porém, esses documentos também estão sujeitos a vieses envolvendo a seleção dos estudos usados para sua construção (1). Metodologias apropriadas e estratégias rigorosas no processo de desenvolvimento são importantes para a sua qualidade, e algumas diretrizes frequentemente não alcançam os padrões mínimos (2). Isso cria a necessidade de definir critérios para avaliação desses documentos, o que tem sido feito por meio de instrumentos padronizados, como é o caso do AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) (1). Esse instrumento, dividido em 6 domínios e 23 itens de avaliação, tem o Escopo como primeiro domínio e trata do impacto potencial da diretriz na saúde da sociedade. Ele avalia o objetivo geral da diretriz com relação ao problema clínico ou tópico de saúde selecionado para ser abordado pelo documento (2).

Entretanto, a ferramenta não descreve como definir o que é um problema clínico ou tópico de saúde. Levando em conta o contexto do instrumento, entendendo que esteja se referindo a doenças e agravos de saúde, de fato, nem na medicina há uma definição única do que é doença (3,4). A teoria de Thomas Kuhn cita que, ao longo do tempo, ao concordar com um conjunto de premissas compartilhadas, a comunidade científica concebe paradigmas – os quais, uma vez concebidos, deixam de ser questionados por gerações a fio. Inclusive, uma das premissas do paradigma médico é justamente a existência das entidades doenças – e, infelizmente, a história é repleta de exemplos de sofrimentos desnecessários impostos a pessoas classificadas como doentes (3). Para se definir o que é doença, é necessário entender o

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

significado de normal; entretanto, a distinção entre normalidade e anormalidade não é simples, precisa apreciar a variabilidade humana e não confundir “normal” com “média” (3).

Um estudo publicado em 2018 aplicou o instrumento AGREE II para avaliar a qualidade de diretrizes clínicas para o tratamento da “obesidade” em adultos, partindo do paradigma da chamada “obesidade” como uma doença (1). Em contrapartida, embora seja classificada como doença desde 1948 na sexta edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-6) (4), estudos mostram que, na realidade, essa classificação se deu por um julgamento estético e não por evidências científicas, epidemiológicas ou laboratoriais (5). No período mencionado, não havia um parâmetro técnico que classificaria alguém como “obeso”, o que só veio a ser definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998 com o índice de massa corporal (IMC) – medida desenvolvida em 1835 por Quetelet, astrônomo e estatístico, que visava apenas determinar as características de um “homem comum” (que no contexto histórico e social, seria um homem cisgênero, branco e europeu) (5).

Além de ser um índice que não foi desenvolvido com o propósito diagnóstico, os valores de corte foram definidos por interesses político-econômicos. Inicialmente, o Instituto Nacional de Saúde (NIH, na sigla em inglês) dos Estados Unidos classificava as pessoas com IMC maior ou igual a 27.8 (para homens) e a 27.3 (para mulheres) como acima do peso. Em 1998, o NIH decidiu, contra seu próprio comitê médico e em aliança com as empresas farmacêuticas Hoffmann-LaRoche e Abbott, reduzir o ponto de corte para 25, transformando milhões de pessoas com peso "normal" em pessoas "acima do peso" de um dia para o outro (6). Pouco tempo depois, essas empresas lançaram os medicamentos para perda de peso, sibutramina e orlistate (7).

Mesmo havendo um alarde atualmente sobre uma suposta “epidemia de obesidade”, os dados científicos disponíveis até o momento não dão suporte a isso (8). Ao mesmo tempo em que tem ocorrido um aumento no peso dos indivíduos, isso não significa nada além de

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

números na balança, já que não avalia outros parâmetros de saúde para justificar uma doença ameaçadora da vida. Pânicos morais são típicos em tempos de rápida mudança social e envolvem a patologização de riscos, o uso de analogias com desastres e a projeção de ansiedades sociais em um grupo que já é suficientemente estigmatizado pela sociedade (8).

Atualmente, há uma convivência entre diferentes racionalidades médicas (9), com diferenças epistêmicas e conceituais, mas também metodológicas e operacionais. Nesse sentido, modelos construídos exclusivamente a partir de estatísticas desconsideram as especificidades de cada grupo, e variações antropológicas são entendidas como um "desvio à norma" (10). Dessa forma, protocolos pautados em IMC simplificam e fragmentam o ser humano, destacando-o de seu contexto social e reforçando a problemática da patologização. Isso autoriza a consolidação de práticas de intervenção como supostas medidas de prevenção e segurança que levam à materialização da biopolítica da "obesidade", onde a massa corporal é uma forma de controle das corporalidades ditas desviantes (10). Diante disso, destacamos que o uso de aspas em "obesidade" é intencional a fim de questionar a narrativa da suposta doença.

Assim, nosso estudo objetivou identificar os principais protocolos e diretrizes clínicas de "obesidade" atualmente existentes no Brasil e analisar como conceituam "obesidade", através de análise dos referenciais teóricos usados como base para essa conceituação.

Métodos

O estudo utilizou a análise documental com abordagem qualitativa, na qual foram realizadas seleção, análise e sistematização do material, compreendendo a subjetividade de cada documento (11). A seleção foi realizada através de um processo exploratório de protocolos clínicos brasileiros sobre "obesidade" conforme Figura 1 e descrito a seguir.

As quatro primeiras etapas de busca de documentos para análise foram realizadas nas bases de dados descritas na Tabela 1. Na primeira etapa, foi realizada uma busca na base de

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

dados BIREME com “(guideline) AND (obesity management)” e com filtros aplicados “Guia de prática clínica” e “Idioma Português”. Nesta base, foram encontrados 12 resultados, sendo três de interesse da pesquisa. Na segunda etapa, foi feita nova pesquisa na base do Google Acadêmico com os termos "(manejo da obesidade) AND (protocolo)" e aplicado o filtro de páginas em português. Essa busca teve 246 resultados. A exploração inicial dos dez primeiros não encontrou nenhum estudo de interesse. Na terceira etapa, nova busca na mesma base com os termos "(manejo da obesidade) AND (protocolo) AND (ministério da saúde)", também com filtro de páginas em português, apresentou 294 resultados. Na exploração inicial dos dez primeiros, foi encontrado um estudo de interesse. Na quarta etapa, uma terceira pesquisa nessa base com os termos "(manejo da obesidade) AND (linha de cuidado) AND (ministério da saúde)" e o filtro de páginas em português, apresentou 126 resultados, dos quais não foram elencados estudos de interesse.

Levando em conta a abrangência do Ministério da Saúde (MS), na quinta etapa, no site do mesmo, foi encontrada a página sobre a “Linha de cuidado Obesidade no Adulto”. Essa página consiste principalmente em fluxogramas de encaminhamento, portanto partimos para a exploração das suas referências bibliográficas. Dos 51 títulos, foram encontrados quatro novos documentos relevantes para a pesquisa (12–15).

Na sexta etapa, em discussão com colegas pesquisadores sobre o tema da pesquisa, foi recomendado mais um documento (16). Por fim, a sétima etapa se deu devido à experiência clínica de uma das pessoas pesquisadoras do estudo, na qual era sabida a existência de um PCDT (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas) sobre “obesidade” (17). Assim, a exploração de protocolos sobre “obesidade” chegou a um resultado de onze documentos de interesse.

Levando em conta os objetivos da pesquisa, dos onze documentos, cinco foram selecionados para análise (Quadro 1). Três foram excluídos por serem voltados

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

especificamente ao manejo da dita doença, uma vez que buscamos analisar o âmbito conceitual do termo "obesidade". Um foi excluído por não se tratar de um protocolo ou diretriz, outro por não ter sido elaborado por uma instituição de grande abrangência e outro por não ser especificamente sobre "obesidade".

Após a seleção, foram analisadas as formas de uso e definição do conceito de "obesidade", bem como as evidências e referências bibliográficas apresentadas na descrição desse conceito em cada documento.

Resultados

Nos protocolos analisados, a "obesidade" é caracterizada como "doença", "condição", "agravo" e "simultaneamente doença e fator de risco" (Quadro 2). Dois dos protocolos não mencionam a referência bibliográfica utilizada para definição de doença (12,14). A referência mais citada na análise das definições foi a OMS (2000), citada diretamente por dois protocolos (14,18) e indiretamente por um (17), pois o documento do Ministério da Saúde de 2020 apresenta uma referência bibliográfica sobre soberania alimentar (19), também baseada no mesmo documento da OMS (2000).

Apenas um dos protocolos analisados (14) não menciona críticas ao IMC como instrumento diagnóstico, os demais mencionam sua inadequação em algum momento: "Os pontos de corte acima são arbitrários. [...] IMC pode não identificar adequadamente pacientes obesos" (15), "O IMC não reflete a distribuição da gordura corporal" (12), "não é uma medida direta de gordura corporal e nem indica sua distribuição; não leva em consideração a massa muscular; [...] é menos acurado em alguns grupos específicos (idosos, etnia asiática, indígena, entre outros)" (17) e "um determinado IMC não reflete um conjunto de práticas de saúde ou caráter moral das pessoas" (18). Apesar disso, ele segue sendo diretamente mencionado como critério diagnóstico em quatro dos documentos analisados e indiretamente

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

em um dos documentos, já que usa a definição de "obesidade" definida pela referência da OMS (2000) (Quadro 3).

Analisando as referências elencadas nos Quadros 2 e 3, é possível observar que as mais mencionadas são duas publicações da OMS (20,21). Dessa forma, foram sistematizadas a definição de "obesidade", os critérios diagnósticos e as recomendações desses dois documentos (Quadro 4).

As definições de "obesidade" encontradas nas páginas 1, 2 e 4 do documento da OMS de 2000 fazem parte da seção "Introdução" e não trazem referências bibliográficas. Na sequência, o documento se refere à "obesidade" como "doença" diversas vezes, porém sem trazer referências bibliográficas ao longo de vários parágrafos (21). Com relação aos critérios diagnósticos, a tabela na página 9 é referenciada com o outro documento da OMS (1995). Apesar de também utilizar o IMC como critério diagnóstico, o documento é contraditório ao mencionar que o IMC, com tradução nossa: "pode não corresponder ao mesmo grau de adiposidade ou risco à saúde associado em diferentes indivíduos e populações. O IMC não distingue entre peso associado à massa muscular e peso associado à gordura" (21).

Por fim, a última referência analisada, OMS (1995), consiste em um comitê de especialistas da OMS que se reuniu em 1993, envolvendo mais de 100 especialistas de todo o mundo. Essa publicação também utiliza o IMC como critério diagnóstico e, nas recomendações finais, sugere a necessidade de estudos de coorte sobre indicadores antropométricos a serem realizados em amostras representativas de populações de diferentes grupos étnicos (20).

Discussão

Na metade do século XX, se consolidou o paradigma médico moderno, atualmente dominante e hegemônico. Visando supostamente a prevenção de doenças, a ciência baseada em evidências passou a ter a identificação de fatores de risco como um de seus principais

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

objetivos (22). Porém, muitas produções são criticadas por sua confusão conceitual, pois, no contexto de estudos epidemiológicos, quando uma variável apresenta uma relação estatisticamente significativa à variável independente, pode-se dizer que ela é associada, porém não necessariamente essa associação é uma relação causal. A identificação de um fator causal exige estudos de coorte com rigor metodológico, que, se ausente, pode levar apenas a um acúmulo de fatores de risco que não são mais do que associações estatísticas entre observações (3,22).

Dessa forma, o uso polissêmico do conceito “fator de risco” se coloca a serviço da ambiguidade entre associação estatística e relação causal e, apesar da imprecisão (ou até mesmo graças a ela), se justificam decisões clínicas de intervenção e medicalização da vida, seja em atendimentos individuais seja na elaboração de políticas públicas (22). Analisando os resultados dessa pesquisa, as definições de “obesidade” incluem doença e fator de risco. Porém é necessário interrogar-se novamente a definição de doença para, assim, avaliar se não se trata de patologização de um fator de risco ou de manejos estatísticos associados a determinados interesses político-econômicos.

Somado a isso, sistemas que oferecem recomendações à comunidade clínica frequentemente geram confusão ao classificarem a "opinião de especialistas" como uma categoria de evidência. As opiniões de especialistas, que consistem em avaliação de suas experiências clínicas acumuladas e em interpretações pessoais de evidências por eles selecionadas (que podem ter o viés de ser de boa qualidade ou não), não podem ser erroneamente apresentadas como categoria de evidência (23). Observamos que a base conceitual da dita “obesidade” nos protocolos analisados, em última instância, remete a um comitê de especialistas (20). Mesmo constituindo-se de um encontro que visava elencar e sistematizar as melhores evidências da época sobre “obesidade”, ainda assim as recomendações estão sujeitas a vieses.

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

Os diagnósticos médicos listados na CID configuram uma ferramenta poderosa de biopoder, patologizando principalmente as corporalidades dissidentes que fogem da norma e dando poder ao Estado de intervir em suas vidas (5). Eles interferem nas definições do que constituem problemas para as políticas públicas e podem incentivar (ou não) estudos e pesquisas que, por sua vez, formam as suas bases discursivas. O discurso biomédico ocupa o espaço da formulação de políticas e formata o pensamento e as práticas no sistema oficial de saúde (9). Esse efeito pedagógico de reprodução de ideias (os regimes de verdade, na produção de Michel Foucault) atenua a capacidade de analisar condições complexas e os efeitos da própria razão da ciência (24). A análise dos protocolos, em diálogo com a literatura crítica, permitiu identificar categorias da medicalização presente nas definições encontradas.

A espiral da ciência hegemônica: vigência da concepção da "obesidade" como doença

Com relação a comitês de especialistas, é necessário reconhecer a possibilidade de viés relacionado aos tipos de estudos selecionados para a elaboração das recomendações, pois especialistas tendem a desenvolver um entusiasmo por seus assuntos e deixar de lado algumas evidências críticas (3). Apesar de não serem amplamente divulgados, há estudos que rechaçam a suposição de que as taxas de mortalidade aumentam proporcionalmente com o aumento do peso e IMC, visto que a maioria das pessoas classificadas não enfrenta de fato nenhum risco significativo aumentado de morte precoce (8).

Uma análise realizada com a população dos Estados Unidos encontrou mais mortes prematuras associadas a um IMC de 25 do que com índices acima disso. Outro estudo observou uma associação semelhante com uma curva em formato de U entre os valores de IMC e mortalidade, com as taxas de mortalidade mais baixas entre 23 a 29 (sendo que a maior parte desses valores está atualmente categorizada como "sobrepeso" e não foi associada com risco mais elevado de mortalidade) (4,25). Na maioria das coortes realizadas com dados da Pesquisa Nacional de Exame de Saúde e Nutrição, os riscos relativos associados ao baixo

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

peso foram maiores do que aqueles associados a níveis elevados de “obesidade” classificados com IMC acima de 35 (8).

Outro estudo, em 2016, com mais de 40.000 pessoas, constatou que 47% daquelas classificadas como "acima do peso" e 29% das classificadas como "obesas" eram cardiometabolicamente saudáveis (as medidas de pressão arterial, perfil lipídico, glicose e proteína C reativa estavam em faixas consideradas normais). Da mesma forma, 30% das pessoas classificadas como "normais" estavam com a saúde cardiometabólica comprometida (um ou mais desses valores alterados) (26). Essa mesma percepção de indivíduos com peso “normal” apresentando anormalidades metabólicas e de indivíduos com “sobrepeso” e “obesos” metabolicamente saudáveis já havia sido encontrada em estudos anteriores (27–29). Um deles, de 1992, avaliou a saúde de lutadores de sumô, os quais, mesmo com “obesidade” marcada, apresentavam níveis normais de glicose sérica e perfil lipídico (30).

É necessária a análise crítica de que manter o uso do IMC como critério diagnóstico e a manutenção desses pontos de corte constituem-se como paradigmas aceitos coletivamente pela comunidade científica, mas que não são suficientemente baseados em evidências. Essa classificação inadequada do estado de saúde, ancorada na patologização das corporalidades gordas a partir do IMC, pode inclusive causar danos à saúde. Uma metanálise publicada em 2009 mostrou que indivíduos classificados como “acima do peso” e considerados saudáveis podem ter um aumento do risco de mortalidade relacionada à perda de peso intencional recomendada como tratamento. Também, pessoas classificadas como saudáveis com base apenas no IMC podem não receber os cuidados preventivos adequados e pertinentes ao seu estado de saúde (31).

Apesar de a ciência baseada em evidências desenvolver-se com o propósito de aperfeiçoar o uso do raciocínio para além da casuística clínica de cada médico e de seus potenciais vieses, o contexto de elaboração de pesquisas influencia diretamente os resultados

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

(32). Estudos, como os acima citados, partem do paradigma de que "obesidade" é uma doença, porém estão pautados no conceito falho pautado no IMC ou na definição de que quem tem excesso de gordura necessariamente constitui um indivíduo doente – mesmo quando os próprios estudos apresentam o contrário. Ou seja, mesmo existindo evidências científicas de longa data mostrando a existência de pessoas ditas "obesas" e saudáveis, todas foram produzidas através do olhar patologizante que não vislumbra a possibilidade de deixar de classificar corpos gordos como doentes simplesmente por serem gordos. Afinal, o que tornaria essas pessoas doentes, aptas de receber o CID da "obesidade", seria única e exclusivamente a patologização e medicalização das suas corporalidades gordas, ainda que elas não apresentem sinais e sintomas que afetem a sua saúde.

Redução da diversidade e das subjetividades da corporalidade gorda

A associação de uma pessoa gorda a uma pessoa doente perpetuada nos protocolos analisados é uma manifestação gordofóbica e presume que pessoas magras não são doentes. A gordofobia é uma estigmatização estrutural, que acontece por meio de desvalorização, humilhação e inferiorização das pessoas gordas. Essa violência se dá a partir de um processo de interações que tendem a transformar a vítima em culpado, trocando, assim, a responsabilidade social de atender as demandas da população por culpabilização de quem está gordo e não se encaixa na sociedade, despreparada e sem acessibilidade para a diversidade corporal (33).

Já a gordofobia médica é "um conjunto de práticas médicas que envolvem emagrecer a qualquer custo, independentemente de uma perspectiva mais ampla de saúde, envolvendo constrangimento e prescrição compulsória de dietas e/ou da cirurgia bariátrica" (34). Além disso, a incapacidade de enxergar a pessoa gorda sem rótulos prévios e estereótipos negativos é reforçada ao longo do ensino médico, levando à vinculação da "obesidade" a todos sintomas que venham a ser relatados durante um atendimento médico, ainda que eles não tenham

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

nenhuma referência direta com o peso da pessoa – demonstrando menosprezo das queixas e foco na "obesidade" que nem era o motivo da consulta em primeira instância (35).

As suposições decorrentes de uma narrativa dominante e negativa sobre pessoas gordas reforçam a prepotência e o entendimento de superioridade de profissionais da medicina que transparecem na forma de falar, no tratamento desumano e na liberdade que acreditam ter para dizer o que quiserem, ancorados em um suposto discurso de preocupação com a saúde. Esses profissionais assumem uma posição de onipotência, fazendo o indivíduo se submeter à sua tutela e abdicar da própria autonomia (35). De forma negligente e irresponsável, profissionais tratam todas as corporalidades gordas como se fossem iguais, sem levar em conta as singularidades e interseccionalidades de cada caso - chegando ao extremo de profissionais não acreditarem em resultados de exames por considerarem inconcebível uma pessoa gorda não ter resultados alterados. Inclusive, estudos mostram que mais de dois terços das pessoas com "obesidade" e "sobrepeso" relataram já terem se sentido estigmatizadas por médicos (35).

A chamada "obesidade" por si só não apresenta uma sintomatologia (36). Muitos dos sintomas considerados prejudiciais, como apneia do sono, problemas de mobilidade ou alterações metabólicas também podem estar presentes em pessoas sem "obesidade". Além disso, pessoas com corpos maiores podem não apresentar tais condições ao longo de sua vida, mas, ainda assim, irão vivenciar situações estigmatizantes em relação à sua saúde a partir da patologização e medicalização de suas corporalidades (36). O discurso biomédico, o padrão estético e a moral se interconectam e formam a tríade gordofóbica, que oprime as pessoas gordas e transforma o ódio ao próprio corpo em uma fonte de lucro (37). Essas opressões alimentam a crença de que a magreza é símbolo de saúde e aceitação social, perpetuando a pressão por perda de peso e invalidando a aceitação da diversidade corporal (36).

Patologização, medicalização e supressão de direitos

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

A confiança na ciência exige vigilância ativa das pessoas leitoras e consumidoras de produções acadêmicas, dado que existem muitos estudos que, após algum tempo de circulação, são cancelados (38), outros que são clássicos em algum tempo, mas que têm contribuições superadas e até contrapostas pelo próprio desenvolvimento científico (39), além da tradição acadêmica de não publicar resultados negativos (40), que poderiam gerar novas pesquisas mais confiáveis e com resultados úteis e oportunos.

Nesse sentido, cabe mencionar uma publicação recente no The Lancet que traz uma nova classificação de "obesidade", que seria uma condição de excesso de adiposidade com ou sem alterações do tecido adiposo (se com, se trataria de "obesidade clínica", uma doença crônica; e se sem, "obesidade pré-clínica", um fenótipo). (4) Ela também foi elaborada por um comitê de especialistas que reconhece a "obesidade" como uma entidade patológica controversa e que defini-la como doença traz implicações profundas para a prática clínica, a saúde pública e a sociedade. Cerca de dois terços dos especialistas do comitê não apoiavam a ideia da "obesidade" como doença, dado que a ausência de uma enfermidade claramente identificável causada por ela impede um diagnóstico preciso. Afinal, se o surgimento de outra doença — com sua própria fisiopatologia e manifestações clínicas — for necessário para que a "obesidade" cause enfermidade, então a ideia de que seja uma doença independente é falha sob os aspectos lógico, fisiopatológico e clínico (4).

Somado a isso, assim como os protocolos avaliados na nossa pesquisa, esse documento também reconhece o IMC como instrumento inadequado para avaliação de estado de saúde. Mesmo assim, permanece a recomendação de identificar biomarcadores e/ou critérios antropométricos que possam melhorar o diagnóstico da "obesidade clínica" e a avaliação de seu prognóstico (4). Mas se essa classificação exige diagnóstico de outras patologias, é preciso questionar qual a necessidade de insistir nessa patologização da gordura. Se está posto que há pessoas magras doentes e pessoas gordas saudáveis, quais os reais

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

benefícios e os malefícios, subnotificados e não reconhecidos pela comunidade médica, de classificar a quantidade de gordura num corpo?

Esse mesmo documento ainda afirma que o debate em torno da ideia da "obesidade" como doença suscita reações emocionais embasadas em considerações "não médicas" e que a questão de saber se é ou não uma doença é uma questão médica. (4) Essa afirmação desconsidera os dados relacionados à gordofobia e à violência a que pessoas gordas são submetidas. Apesar da publicação reconhecer que as percepções e atitudes em relação à "obesidade" entre pacientes e profissionais de saúde sejam notoriamente distintas daquelas relacionadas a outras doenças crônicas, não nomeiam a gordofobia nem tratam o tema como um determinante social de saúde para a formulação de suas recomendações. Desde 2009, Poulain destaca a medicalização das corporalidades gordas e seu impacto na saúde, onde a pessoa estigmatizada acha aceitável o julgamento feito pelos outros, considerando legítimos os tratamentos discriminatórios que sofre e os preconceitos dos quais é vítima (41). Assim, ao afirmar que o assunto deve ser abordado com o rigor da investigação científica, utilizando argumentos fundamentados em evidências clínicas e biológicas, sendo objetiva e não motivada pela busca de outros objetivos "não médicos", o documento sustenta um discurso semelhante àquele perpetrado em outras definições médicas de controle de corporalidades dissidentes, como as de pessoas trans — que permaneceram patologizadas na CID até 2018 (42), ou ainda as de pessoas negras na época em que se defendia a democracia racial (43).

A privação de direitos básicos que animaliza as pessoas gordas em decorrência da patologização e da medicalização dos seus corpos, constitui uma das ferramentas da colonialidade (animalizar para dominar) (44). Para Maria Thereza Melo, trata-se de gordocídio o fenômeno em que o Estado, pela ausência de políticas públicas que rompam a normalização da medicalização da gordura, promove uma desigual oportunidade de viver e morrer em nosso sistema através da gordofobia estrutural. Pessoas gordas têm seus direitos

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

humanos fundamentais negados, e tal opressão se observa em exemplos de relatos assustadores em que pessoas gordas tiveram acesso negado a hospitais pela ausência de macas que comportassem seu peso ou que tiveram que realizar exames em zoológicos (45).

Nesse sentido, Erika Bülle (2022) propõe o uso da palavra gordo-ódio, com o qual conseguiu compreender e tornar visível o ativismo gordo (46). O gordo-ódio não é entendido como uma fobia ou um distúrbio, mas como uma decisão — dado que, face aos atos de ódio à gordura, a única pessoa que fica vulnerável, com medo e com sentimento de ameaça é a pessoa gorda. Assim, este conceito evidencia melhor a rejeição, a discriminação e as práticas de ódio, já que o que as pessoas sentem não é medo, mas uma rejeição intencional e consciente do dano.

Por fim, cabe mencionar que o olhar hegemônico e corponormativo da gordofobia serve como recurso para a manutenção da estrutura racista de embranquecimento dos corpos, a partir das suas raízes anti-negritude, assim como da exploração econômica de gordura, já que a exibição humilhante de pessoas gordas cria um forte incentivo para o consumo de produtos e serviços que prometem a solução da gordura vista como problema (47).

Conclusões

Após identificar os principais protocolos e diretrizes clínicas de “obesidade” atualmente existentes no Brasil, a análise dos referenciais teóricos usados como base para essa conceituação mostrou que a maioria (quatro) apresenta o IMC como critério diagnóstico, ainda que reconhecidas as falhas existentes neste instrumento. Além disso, a análise documental das referências bibliográficas chegou a um documento da OMS que é resultado de um comitê de especialistas responsável por definições que ainda pautam as políticas públicas vigentes no país. Acredita-se na ciência baseada em evidências, mas supervalorizam-se estudos quantitativos, nem sempre suficientes para responder questões relacionadas a anomalias encontradas no paradigma científico atual.

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

A manutenção da patologização e medicalização das corporalidades gordas, baseada numa conceituação frágil e enviesada, permite a consolidação da biopolítica da "obesidade", onde o controle da massa corporal é uma forma de controle das corporalidades ditas desviantes, perpetuando a gordofobia e o gordo-ódio, que privam as pessoas gordas de acesso a direitos humanos.

O presente estudo apresenta limitações referentes à abordagem da pesquisa documental, que se centra em estudos originais prévios e, portanto, está sujeita a vieses de registro dos documentos. Além disso, o trabalho teve foco específico nos objetivos, levando a um não aprofundamento em análises do momento em que os documentos foram construídos, assim como os territórios e as instituições autoras dos mesmos. Ademais, com ele, não se pretende negar os avanços da ciência, mas questionar paradigmas que evidentemente apresentam limites que precisam ser reconhecidos e avaliados. Como na literatura crítica, aqui se pretende explorar o limite da ciência moderna como desenvolvimento científico e tecnológico e como dispositivo de poder disciplinar.

A forma como a "obesidade" é conceituada é um espaço de disputa de narrativas. É necessário o reconhecimento acadêmico (e, infelizmente, médico) da gordofobia como violência e determinante social de saúde. É necessário rever os paradigmas que baseiam o conceito de "obesidade". É necessário rever os vieses de cada estudo promovido até o momento, com especial atenção à medicina da patologização de fatores de risco; incluir o movimento social do ativismo gordo na elaboração dos estudos; quiçá, elaborar novos conceitos como aconteceu com a distinção entre HIV e AIDS; ou apenas implodi-lo — como se fez com o termo que foi usado para patologizar a homossexualidade. Afinal de contas, a reinvindicação da despatologização das corporalidades gordas pelo ativismo gordo não parece tão absurda assim, uma vez que a ciência baseada em evidências precisa rever e avaliar quais os reais benefícios e os malefícios subnotificados relacionados à classificação da quantidade

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

de gordura de uma corporalidade já suficientemente estigmatizada e violentada pela sociedade pautada na gordofobia estrutural e institucional.

Referências Bibliográficas

1. Reis ECD, Passos SRL, Santos MABD. Quality assessment of clinical guidelines for the treatment of obesity in adults: application of the AGREE II instrument. *Cad Saúde Pública* 2018;34(6). doi:10.1590/0102-311x00050517.

2. AGREE Research Trust. Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas AGREE II [Internet]. 2009 [cited 2026 set. 30]. Disponível em: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Brazilian_Portuguese.pdf.

3. McWhinney IR, Freeman T. Manual de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre, RS: Artmed; 2021.

4. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2025;13(3):221–62. doi:10.1016/S2213-8587(24)00316-4.

5. Santolin CB. História da obesidade na classificação internacional de doenças (CID): de 1900 a 2018. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR* 2021;25(3). doi:10.25110/arqsaude.v25i3.2021.8045.

6. Nuttall FQ. Body Mass Index: Obesity, BMI, and Health A Critical Review. *Nutr Today* 2015;50(3):117–28. doi:10.1097/NT.0000000000000092.

7. Oliver JE. *Fat politics:* the real story behind America's obesity epidemic. Oxford: University Press; 2006. 228 p.

8. Campos P, Saguy A, Ernsberger P, Oliver E, Gaesser G. The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *Int J Epidemiol* 2006;35(1):55–60. doi:10.1093/ije/dyi254.

9. Luz MT. Racionalidades e instituciones médicas: Aportes teóricos y metodológicos a la investigación y el pensamiento en salud colectiva [Internet]. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; 2023 [cited 2025 mar 28]. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/project/racionalidades-e-instituciones-medicas-aportes-teoricos-y-metodologicos-a-la-investigacion-y-el-pensamiento-en-salud-colectiva/. doi:10.18310/9786554620574.

10. Silva BL, Cantisani JR. INTERFACES ENTRE A GORDOFOBIA E A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM NUTRIÇÃO: UM DEBATE NECESSÁRIO. *DEMETRA Aliment Nutr Saúde* 2018;13(2). doi:10.12957/demetra.2018.33311.

11. Alves LH, Saramago G, Valente L de F, Sousa AS de. Análise documental e sua contribuição no desenvolvimento da pesquisa científica. *Cad Fucamp* 2021;v.20, n.43:p.51-63.

12. ABESO, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Diretrizes brasileiras de obesidade 2016*. São Paulo, SP: Abeso; 2016.

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

13. Gerchman F, Sande-Lee SV de, Mancini MC, Natividade GR da, Teixeira PP, Hohl A, et al. *Diretriz Brasileira de Tratamento Farmacológico da Obesidade – ABESO 2026*. 5º ed. São Paulo, SP: Scientific; 2026.

14. Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado de pessoas com doença crônica*: obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. (Caderno de Atenção Básica).

15. TelessaúdeRS-UFRGS, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. *Telecondutas: obesidade* [Internet]. 2022 [citado 9 de junho de 2026]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-teleconduta/.

16. Ministério da Saúde. *Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.

17. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do sobrepeso e obesidade em adultos* [Internet]. 2020 [citado 9 de junho de 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt-para-sobrepeso-e-obesidade-em-adultos/view.

18. Ministério da Saúde. *Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.

19. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2018 População Negra Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.

20. WHO. *Physical status*: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Genf: World Health Organization; 1995. 452 p. (WHO technical report series; nº 854).

21. WHO. Obesity - Preventing and Managing the Global Epidemic: Report on a WHO Consultation. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000. 266 p. (WHO technical report series; nº 894).

22. Miguel García F. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. *Aten Primaria* 1998;22(9):585–95.

23. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336(7650):924–6. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD.

24. Birman J. A Physis da saúde coletiva. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2005;15(suppl):11–6. doi:10.1590/S0103-73312005000000002.

25. Troiano RP, Frongillo EA, Sobal J, Levitsky DA. The relationship between body weight and mortality: a quantitative analysis of combined information from existing studies. Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes. janeiro de 1996;20(1):63–75. PubMed PMID: 8788324.

26. Tomiyama AJ, Hunger JM, Nguyen-Cuu J, Wells C. Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005–2012. Int J Obes. maio de 2016;40(5):883–6. doi:10.1038/ijo.2016.17.

27. Iacobellis G, Ribaudo MC, Zappaterreno A, Iannucci CV, Leonetti F. Prevalence of Uncomplicated Obesity in an Italian Obese Population. Obes Res. junho de 2005;13(6):1116–22. doi:10.1038/oby.2005.130.

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

28. Sims EAH. Are there persons who are obese, but metabolically healthy? Metabolism. dezembro de 2001;50(12):1499–504. doi:10.1053/meta.2001.27213.

29. Wildman RP. The Obese Without Cardiometabolic Risk Factor Clustering and the Normal Weight With Cardiometabolic Risk Factor Clustering: Prevalence and Correlates of 2 Phenotypes Among the US Population (NHANES 1999-2004). Arch Intern Med. 11 de agosto de 2008;168(15):1617. doi:10.1001/archinte.168.15.1617.

30. Matsuzawa Y, Fujioka S, Tokunaga K, Tarui S. Classification of Obesity with Respect to Morbidity. Exp Biol Med. 1º de junho de 1992;200(2):197–201. doi:10.3181/00379727-200-43417.

31. Harrington M, Gibson S, Cottrell RC. A review and meta-analysis of the effect of weight loss on all-cause mortality risk. Nutr Res Rev. junho de 2009;22(1):93–108. doi:10.1017/S0954422409990035.

32. Murad MH, Asi N, Alsawas M, Alahdab F. New evidence pyramid. Evid Based Med. agosto de 2016;21(4):125–7. doi:10.1136/ebmed-2016-110401.

33. Jimenez M. Lute como uma gorda. São Paulo, SP: Jandaíra; 2022. 287 p.

34. Rangel NF de A. O ativismo gordo em campo: política, identidade e construção de significados [Dissertação (mestrado)] [Internet]. [Florianópolis]: UFSC; 2018 [citado 20 de março de 2025]. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/205904/PSOP0638-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

35. Paim MB, Kovaleski DF, Selau BL. Compreendendo o termo gordofobia médica a partir da perspectiva de pessoas gordas. Saúde E Soc. 2024;33(1):e220842pt. doi:10.1590/s0104-12902024220842pt.

36. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Ouro Preto. Gordofobia e estigma do peso: reconstruindo narrativas e práticas de cuidado em saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2026 [citado 26 de junho de 2026]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gordofobia_estigma_peso_reconstruindo_narrativas.pdf.

37. Piñeyro M. Stop gordofobia y las panzas subversas. Málaga: Zambra; 2016.

38. Amorim MMR, Bacchi AD. The crisis in scientific integrity and its implications. Rev Bras Saúde Materno Infant. 2025;25:e20240368. doi:10.1590/1806-9304202500000368-en.

39. Ewald AP, Mancebo D, Uziel AP, Prestrelo ET. A questão da cientificidade: novos paradigmas. Estud E Pesqui Em Psicol [Internet]. 2024 [citado 20 de julho de 2026];v.4 n.2. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812004000300001.

40. Sayão LF, Sales LF, Felipe CBM. Sobre a obscuridade da ciência ou para onde vão os resultados negativos das pesquisas? SciELO em Perspectiva: Humanas [Internet]. 25 de março de 2021 [citado 20 de julho de 2026]. Disponível em: https://humanas.blog.scielo.org/blog/2021/03/25/sobre-a-obscuridade-da-ciencia-ou-para-onde-vao-os-resultados-negativos-das-pesquisas/.

41. Poulan JP. Sociologia da obesidade. São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2021.

42. Gomes EGL. Mapeamento de Saúde das Transmasculinidades Vivendo no Brasil. Curitiba, PR: Ibrat; 2024.

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

43. Bolsanello MA. Darwinismo social, eugenia e racismo "científico": sua repercussão na sociedade e na educação brasileira. Educ Em Rev. dezembro de 1996;(12):153–65. doi:10.1590/0104-4060.166.

44. Diogo B. Gorduras à flor da pele. Conceição Z da S, Rocha) GC (Taynara C da, Acioli R, organizadores. Recife, PE; Florianópolis, SC: Titivillus Editora; 2024.

45. Melo MTCDC. "Gordocídio": uma análise da política sistêmica de morte de pessoas gordas no brasil. Em: Anais do(a) Congresso Internacional de Direitos Humanos de Coimbra [Internet]. Coimbra - Portugal: Even3; 2022 [citado 15 de março de 2025]. Disponível em: http://trabalhoscidhcoimbra.com/ojs/index.php/anaiscidhcoimbra/article/view/1726. doi:10.29327/1163602.7-327.

46. Bülle E. Activismo Gorde y ¿Gordofobia? O…. Hysteria Revista [Internet]. 7 de abril de 2022 [citado 23 de maio de 2025]. Disponível em: https://hysteria.mx/activismo-gorde-y-gordofobia-o/.

47. Strings S. Fearing the Black Body: The Racial Origins of Fat Phobia. Nova Iorque: NYU Press; 2019.

Tabelas

Tabela 1: Quatro primeiras etapas da metodologia

Etapa	Base de dados	Sintaxe de busca	Filtros aplicados	Número de publicações	Documentos selecionados
1	BIREME	(guideline) AND (obesity management)	Guia de prática clínica e Idioma português	12	- Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. - Ministério da Saúde. Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021. 152 p. - Ministério da Saúde. Instrutivo para manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde: caderno de atividades educativas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. 176 p.
2	Google Scholar	(guideline) AND (obesity management)	Idioma português	246	Reis ECD, Passos SRL, Santos MABD. Quality assessment of clinical guidelines for the treatment of obesity in adults: application of the AGREE II instrument. Cad Saúde Pública. 25 de junho de 2018;34(6). doi:10.1590/0102-311x00050517
3	Google Scholar	(manejo da obesidade) AND (protocolo)	Idioma português	294	Haack A. Protocolo de assistência nutricional ao indivíduo obeso na atenção especializada ambulatorial à saúde. Brasília, DF: Editora JRG; 2020.

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

		AND (ministério da saúde)			
4	Google Scholar	(manejo da obesidade) AND (linha de cuidado) AND (ministério da saúde)	Idioma português	126	nenhum

Fonte: Autores.

Quadros

Quadro 1: Protocolos selecionados para análise

Protocolo	**Autoria**	**Ano**	**Disponível em**
MANUAL APS - Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção primária à saúde (APS) do sistema único de saúde	Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Promoção da Saúde	2022	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf
PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos	Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos	2020	https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_sobrepeso_e_obesidade_em_adultos_29_10_2020_final.pdf
CAB 38 - Estratégias para o cuidado a pessoa com doença crônica: obesidade	Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica	2014	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
ABESO - Diretrizes brasileiras de obesidade 2016	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica	2016	https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf
Telecondutas: obesidade	Universidade Federal do Rio Grande do Sul Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS	2022	https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/endocrino_resumo_obesidade_TSRS_190624_rev_005_(2).pdf

Fonte: Autores.

Quadro 2: Definição de “obesidade” em cada documento analisado

Protocolo	**Definição de “obesidade”**	**Referências listadas**

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

ABESO 2016	p. 7 “**doença** tão prevalente na população mundial”	Essa menção ocorre na Apresentação, porém não há referência bibliográfica para essa sentença.
PCDT 2020	p. 2 “A obesidade é uma **condição** crônica multifatorial que engloba diferentes dimensões: biológica, social, cultural, comportamental, de saúde pública e política”	BRASIL. **Vigitel Brasil 2018 População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018_populacao_negra.pdf. Acesso em 30 maio 2026.
Telecondutas 2022	p. 4 “A obesidade é uma **doença** crônica, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura no corpo” p. 4 “Como uma **condição** de altíssima prevalência” p. 4 “A obesidade é uma **doença** multifatorial.”	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight**. Geneva, 9 jun. 2021. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight . Acesso em 30 dez. 2024 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 PERREAULT L. **Obesity in adults: Prevalence, screening, and evaluation**. Waltham (MA): UpToDate, 27 abr. 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-prevalence-screening-and-evaluation. Acesso em: 15 set. 2025.
Manual APS 2022	p. 6 “A obesidade é **simultaneamente uma doença e um dos fatores de risco** mais importantes para outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares.” pg10: “A obesidade é uma **doença** crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa, sendo considerada um grave problema de saúde pública devido às suas proporções epidêmicas.”	INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **Findings from the Global Burden of Disease Study 2017**. Seattle, WA: IHME, 2018. Disponível em: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf. Acesso em: 19 nov. 2025 SWINBURN, B. A. et al. **The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report**. The Lancet, London, v. 393, n. 10173, p. 791-846, Feb. 2019b. PINHEIRO, A. R. de O.; FREITAS, S. F. T. de; CORSO, A. C. T. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade**. Revista de Nutrição, Campinas, SP, v. 17, n. 4, p. 523-533, dez. 2004. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Report of a WHO consultation. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

CAB 38 2014	p. 15 "**simultaneamente uma doença e um fator de risco** para outras doenças"	Essa menção ocorre na Apresentação, porém não há referência bibliográfica para essa sentença.
	P. 20 "Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade pode ser compreendida como um **agravo** de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura."	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).
	p. 25 "A obesidade é um **agravo** multifatorial originado, na maioria dos casos, pelo desbalanço energético, quando o indivíduo consome mais energia do que gasta"	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

Fonte: Autores.

Quadro 3: Critérios diagnósticos de "obesidade" em cada documento analisado

Protocolo	Critérios Diagnósticos	Referências listadas
ABESO 2016	p. 16 "Convenciona-se chamar de sobrepeso o **IMC** de 25 a 29,9 kg/m² e obesidade o IMC maior ou igual a 30 kg/m² e de excesso de peso o IMC maior ou igual a 25 kg/m² (incluindo a obesidade): Tabela 4 – Classificação internacional da obesidade segundo o índice de massa corporal (IMC) e risco de doença (Organização Mundial da Saúde) que divide a adiposidade em graus ou classes."	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO Consultation. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894)
PCDT 2020	p. 7 "Quadro 1. Classificação do estado nutricional de adultos e risco de comorbidades, segundo **IMC**."	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO Consultation. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894) ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. 4a ed. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. São Paulo; 2016.
Telecondutas 2022	p. 4 "Um adulto é considerado obeso quando seu **IMC** é maior ou igual a 30 kg/m² ." p. 5 "O sobrepeso é definido por **IMC** de 25 a 29,9 kg/m², e obesidade por IMC ≥ 30 kg/m²." p. 5 "Em adultos, o diagnóstico da obesidade é feito com base no **IMC**, que é calculado através da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m²)."	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight**. Geneva, 9 jun. 2021. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight. Acesso em 30 dez. 2025 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

	p. 5 “Quadro 2 - Classificação do estado nutricional e pontos de corte para obesidade em adultos a partir do **IMC**.”	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854)
Manual APS 2022	Não encontrado diretamente, porém pode ser inferido ao utilizar a definição de obesidade da WHO (2000).	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO Consultation. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894)
CAB 38 2014	p. 37 “Os pontos de corte adotados para o **IMC** seguem a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995). Quadro 1 – Classificação do estado nutricional para adultos (20 a 60 anos)”	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

Fonte: Autores.

Quadro 4: Definição de “obesidade”, critérios diagnósticos e recomendações das duas referências bibliográficas mais citadas nos documentos analisados

Referência	Definição de “obesidade”	Critérios Diagnósticos	Recomendações
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).	p. 1 “Obesity is a chronic **disease**” p. 2 “Furthermore, as obesity is a key **risk factor** in the natural history of other chronic and noncommunicable diseases (NCDs)” p. 4 “Obesity is a complex and incompletely understood **disease** [...] Obesity is a serious **disease**, but its development is not inevitable. It is largely preventable through lifestyle changes. [...] Obesity is a chronic **disease**.” p. 6 “defined simply as a **condition** of abnormal or excessive fat accumulation in adipose tissue, to the extent that health may be impaired”	p. 9 “Table 2.1 Classification of adults according to **BMI**” p. 240 “General conclusions: Obesity (**BMI** ~30) is a **disease** that is largely preventable through lifestyle changes. Overweight (**BMI** ~25) is a major determinant of many other NCDs.”	p. 241 “The existing WHO classification of adult body weight status based on **BMI** should be used with minor modifications. The category of "overweight" (BMI ~25) should be subdivided into "preobese" (BMI 25-29.9) and "obese" (BMI ~30). The category of obese should be further subdivided into the following three classes: Obese class I: BMI 30-34.9; Obese class II: BMI 35-39.9; Obese class Ill: BMI ~40.”
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, 1995.	p. 312 “Obesity may be defined as the degree of fat storage associated with clearly elevated health risks. However, fat mass in the human body is difficult to measure under field conditions, and the practical definition of obesity is	p. 327 “**body mass index** appears to be a good indicator of the deposition of excess energy as fat in adult white man and women living in Europe and North America.”	p. 339 “Assess and monitor levels and trends of adults overweight, **BMI**, and abdominal fatness and their association with health outcomes.” “Cohort studies of anthropometric indicators and their subsequent risk for

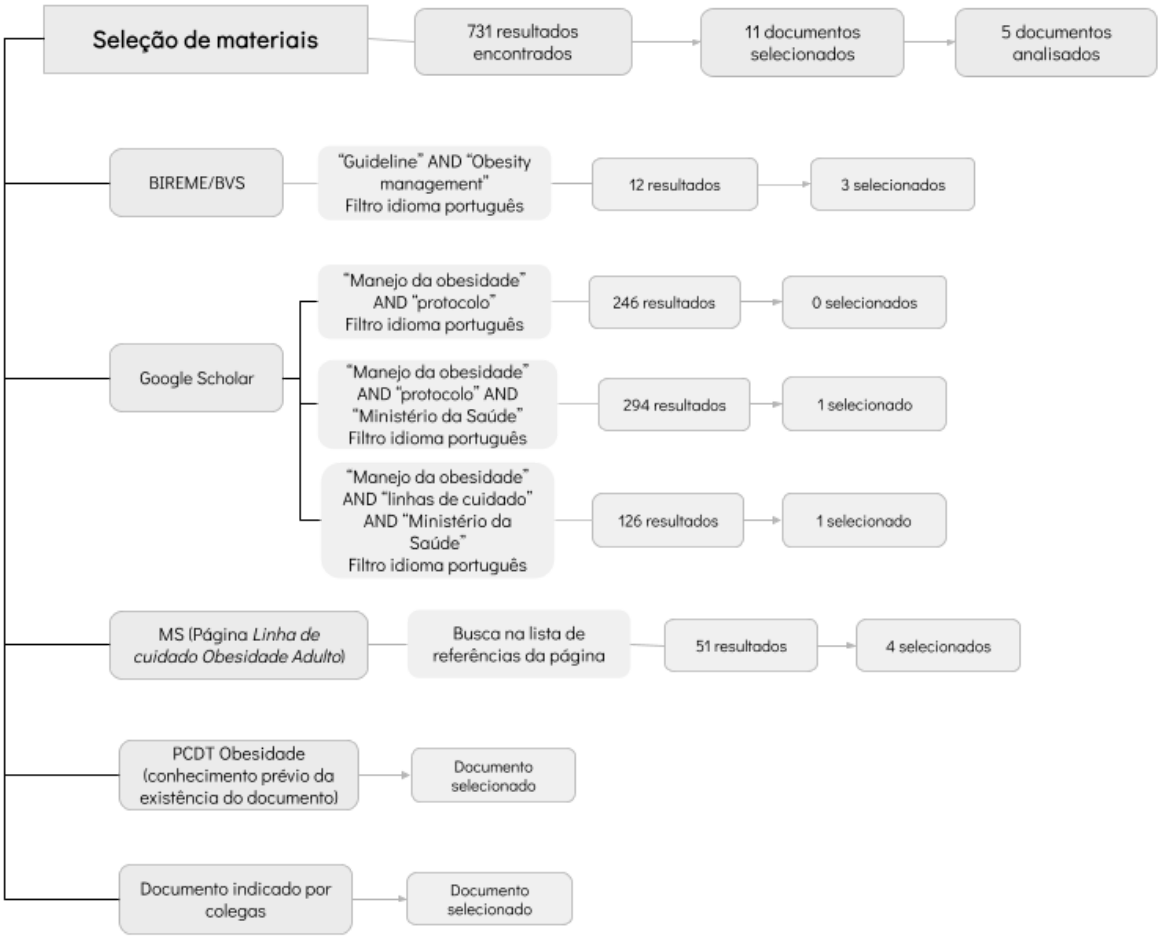
SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

(WHO Technical Report Series, n. 854).	therefore based on the BMI."	p. 328 "**body mass index** is used to classify individuals in terms of overweight."	noncomminicable diseases and premature mortality, to be carried out in representative samples of populations in different ethnic groups."

Fonte: Autores.

Figuras

Figura 1: Fluxograma da seleção de artigos



Declaração de contribuição dos autores

Bianca Niemezewski Silveira: Conceptualization, Data curation, Formal analysis, Methodology, Writing – original draft.

Alcindo Antonio Ferla: Conceptualization, Supervision, Writing – review & editing.

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18299

Ale Mujica Rodriguez: Conceptualization, Data curation, Methodology, Supervision, Writing – review & editing.

Angélica Dias Pinheiro: Writing – review & editing.

Declaração de conflito de interesse

As pessoas autoras do manuscrito declaram que não há conflito de interesses.

Declaração de disponibilidade de dados de pesquisa

Todo o conjunto de dados de apoio aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Declaração de uso de Inteligência Artificial

As pessoas autoras do manuscrito declaram que não foram utilizadas ferramentas de Inteligência Artificial.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença Creative Commons CC-BY.
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.