

**APLICAÇÃO DOS NOVOS
CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS
DE OBESIDADE EM
PACIENTES DE UM
HOSPITAL TERCIÁRIO:
IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E
IMPACTO NA SAÚDE
PÚBLICA**

**APPLICATION OF THE NEW DIAGNOSTIC CRITERIA FOR OBESITY IN
PATIENTS AT A TERTIARY HOSPITAL: CLINICAL IMPLICATIONS AND
IMPACT ON PUBLIC HEALTH**

Ciências da Saúde • 02/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/788219983](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/788219983)

Ana Cláudia Carvalho Pinto Costa¹

José Luciano de França Albuquerque²

Magno Vieira de Melo³

RESUMO

A obesidade é uma condição crônica e multifatorial que constitui um dos principais desafios de saúde pública global. Apesar de amplamente reconhecida, ainda existe debate quanto à sua definição como doença, considerando possíveis benefícios, como redução do estigma e ampliação do acesso ao tratamento, e riscos, como o sobrediagnóstico. Tradicionalmente, o diagnóstico baseia-se no Índice de Massa Corporal (IMC), um método amplamente utilizado, porém limitado por não diferenciar composição corporal, distribuição da gordura ou impacto clínico. Diante dessas limitações, um novo consenso internacional publicado em 2025 propôs uma abordagem diagnóstica mais precisa, introduzindo os conceitos de obesidade clínica e obesidade pré-clínica. Essa nova classificação considera o excesso de adiposidade confirmado por medidas antropométricas ou métodos diretos, associando-o à presença ou ausência de disfunções de órgãos e tecidos. O objetivo do estudo é avaliar a aplicabilidade dessa nova classificação em comparação ao IMC, analisando seu impacto na identificação de pacientes com obesidade na prática médica.

Palavras-chave: Obesidade; IMC; Adiposidade; Diagnóstico clínico.

ABSTRACT

Obesity is a chronic and multifactorial condition that represents a major global public health challenge. Despite widespread recognition, there is ongoing debate regarding its classification as a disease, balancing potential benefits such as reduced stigma and improved access to care against concerns about overdiagnosis. Traditionally, obesity diagnosis relies on Body Mass Index (BMI), a widely used but limited measure that does not account for body composition, fat distribution, or clinical impact. To address these limitations, an international consensus published in 2025 proposed a

more accurate diagnostic framework, introducing the concepts of clinical obesity and preclinical obesity. This model defines obesity based on excess adiposity confirmed by anthropometric measures or direct fat assessment, combined with the presence or absence of organ and tissue dysfunction. This study aims to assess the applicability of this new classification compared to BMI-based diagnosis and its impact on identifying patients with clinical obesity in medical practice.

Keywords: Obesity; Body Mass Index; Adiposity; Clinical diagnosis.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição crônica e multifatorial que representa um dos principais desafios de saúde pública em todo o mundo. (World Health Organization, 2000; Brasil, 2006; Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2016).

Apesar do amplo reconhecimento da doença, ainda há um intenso debate sobre a definição desta condição como uma entidade patológica independente (National Institutes of Health, 1998; Flegal et al., 2010; Kushner e Blair, 2016). De um lado, argumenta-se que a formalização da obesidade como doença pode reduzir o estigma social e aumentar o acesso ao tratamento (Pi-Sunyer, 2009; Haslam e James, 2005; Bray et al., 2017). . Por outro, há preocupações de que essa categorização possa levar ao sobrediagnóstico e ao uso excessivo de intervenções médicas, sem considerar a heterogeneidade da condição. (Hruby e Hu, 2015; Ng et al., 2014; Stevens et al., 2012).

Tradicionalmente, o diagnóstico da obesidade é baseado, em grande parte, no Índice de Massa Corporal (IMC), um parâmetro que, apesar

de amplamente utilizado, apresenta limitações significativas, tendo em vista ser uma medida que não distingue os diferentes tipos de tecido corporal, não considera a distribuição da adiposidade e, sobretudo, não reflete diretamente o impacto da obesidade na saúde do indivíduo. (Koplan e Dietz, 1999; Eckel et al., 2006) Como resultado, pessoas com IMC elevado podem não apresentar doenças relacionadas, enquanto outras com IMC dentro da normalidade podem sofrer complicações metabólicas decorrentes do excesso de gordura corporal. (Jensen et al., 2014).

Diante dessas limitações, um novo consenso internacional publicado na *The Lancet Diabetes & Endocrinology* em janeiro de 2025 propôs uma abordagem mais precisa para o diagnóstico da obesidade, introduzindo os conceitos de obesidade clínica e obesidade pré-clínica. (Rubino et al., 2025).

O novo modelo define que, em ambos os casos, o diagnóstico deve ser baseado na presença de excesso de adiposidade, confirmado por medidas antropométricas (por exemplo, circunferência abdominal, relação cintura-quadril, relação cintura-altura) ou por medição direta da gordura corporal, quando disponível. (Rubino et al., 2025).

A obesidade pré-clínica corresponde à condição em que há excesso de adiposidade sem evidências de comprometimento funcional ou de disfunção orgânica associada. Em contraste, a obesidade clínica caracteriza-se pela presença de repercussões decorrentes desse excesso, manifestadas por alterações funcionais e/ou pelo acometimento de diferentes sistemas orgânicos, refletindo o impacto sistêmico da adiposidade aumentada. Na avaliação de disfunção de órgãos e tecidos, foram contempladas condições clínicas referentes a 18 sistemas, sendo algumas delas evidenciadas,

apenas, através de exames complementares de alto custo e de difícil acesso pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Essa nova classificação visa diferenciar aqueles que já apresentam consequências da obesidade daqueles que possuem um risco aumentado, mas ainda sem manifestações clínicas evidentes. (Rubino et al., 2025).

Este estudo tem como objetivo compreender a aplicabilidade da nova classificação no diagnóstico da obesidade, ao comparar a abordagem tradicional baseada no IMC com os critérios mais abrangentes do novo consenso proposto por uma comissão internacional de especialistas, avaliando o impacto dessa mudança na identificação de pacientes com obesidade, para a implementação desse novo modelo na prática médica.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A avaliação da obesidade tem sido tradicionalmente baseada no índice de massa corporal (IMC), devido à sua simplicidade, baixo custo e ampla aplicabilidade. Embora o IMC apresente associação com diversos desfechos clínicos em nível populacional, sua utilização isolada apresenta limitações na avaliação individual, pois não diferencia massa gorda de massa magra nem caracteriza adequadamente a distribuição da adiposidade. Indivíduos com valores semelhantes de IMC podem, portanto, apresentar diferentes quantidades e distribuição de gordura corporal e distintas repercussões sobre a saúde. Nesse contexto, medidas antropométricas complementares, como circunferência da cintura, relação cintura-quadril e relação cintura-altura, podem contribuir para uma avaliação mais abrangente da adiposidade.

Em 2025, a *Lancet Commission on Clinical Obesity*, publicada no *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, propôs uma nova abordagem para a definição e o diagnóstico da obesidade, fundamentada na presença de excesso de adiposidade e em suas repercussões sobre a função dos órgãos e tecidos. Nessa perspectiva, o excesso de adiposidade constitui o elemento central para a definição da condição e pode ser identificado por medidas antropométricas, isoladamente ou em combinação com o IMC, ou por métodos diretos de avaliação da gordura corporal. A proposta busca superar as limitações de uma classificação baseada exclusivamente no IMC e possibilitar uma avaliação mais individualizada.

O consenso introduziu ainda a distinção entre obesidade pré-clínica e obesidade clínica. A obesidade pré-clínica corresponde à presença de excesso de adiposidade com preservação da função dos órgãos e tecidos, embora associada a risco aumentado e variável de desenvolvimento de doenças relacionadas à obesidade. Já a obesidade clínica caracteriza-se pelo excesso de adiposidade associado a sinais, sintomas, alterações da função de órgãos ou limitações significativas para atividades cotidianas diretamente atribuíveis à adiposidade. Essa diferenciação permite distinguir a presença de excesso de adiposidade da manifestação clínica da doença, com potenciais implicações para o diagnóstico e a condução dos pacientes.

Diante dessa mudança de paradigma, torna-se relevante avaliar a aplicabilidade dos novos critérios na prática médica e seu impacto sobre a identificação de indivíduos classificados tradicionalmente segundo o IMC. A comparação entre as abordagens pode contribuir para compreender como a nova classificação modifica o

reconhecimento da obesidade e de suas manifestações clínicas, bem como sua viabilidade no contexto da assistência médica.

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo analítico do tipo corte transversal, através de pacientes consecutivos no agendamento em um ambulatório de Clínica Médica no Hospital Otávio de Freitas (Recife-PE), através do levantamento de dados.

3.2. Localização do Estudo

O local do estudo foi o Hospital Otávio de Freitas, na cidade do Recife, Pernambuco.

3.3. População a Ser Estudada

Foram estudados o total de 40 pacientes, como um estudo piloto, no período de Agosto de 2025 a Janeiro de 2026, com agendamento consecutivos, avaliados no ambulatório de clínica médica do Hospital Otávio de Freitas, que tenham Índice de Massa Corpórea (IMC) maior ou igual a 25.

3.4. Critérios Utilizados de Inclusão e Exclusão dos Indivíduos

• Critérios de Inclusão:

- Pacientes com $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$, atendidos no ambulatório de clínica médica de um hospital terciário em Recife-PE.

● Critérios de Exclusão:

- Pacientes que não consentiram em participar do estudo.
- Menores de 18 anos.
- Indivíduos com restrições que impeçam a realização de medidas antropométricas, como altura e circunferência abdominal.

3.5. Instrumentos da Pesquisa - Coleta de Dados

O presente estudo foi elaborado a partir dos dados colhidos pelo autor por meio de acompanhamento consecutivo dos pacientes atendidos no ambulatório de clínica médica do Hospital Otávio de Freitas, sendo submetidos ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Foram coletados em consulta ambulatorial dados referentes à conformação corporal dos pacientes, de acordo com as variáveis do estudo. Após coleta dos dados, os mesmos foram inseridos em uma planilha eletrônica elaborada no Google Forms® para análise dos resultados.

3.6. Variáveis

Foram analisadas variáveis antropométricas e clínicas obtidas a partir dos atendimentos ambulatoriais. Entre elas, peso corporal e altura, para obtenção do índice de massa corporal (IMC). E, para avaliação do excesso de adiposidade, foram avaliadas circunferência abdominal, relação cintura-altura e a relação cintura-quadril.

As variáveis clínicas contemplaram a presença de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e síndrome metabólica, conforme registros em prontuário.

Buscou-se avaliar os critérios relacionados ao cluster metabólico proposto pela The Lancet, reconhecido como uma das disfunções orgânicas capazes de caracterizar obesidade clínica. Para essa definição, considerou-se necessária a presença concomitante de HDL-colesterol reduzido (<40 mg/dL para homens e <50 mg/dL para mulheres), triglicerídeos elevados (≥ 150 mg/dL) e glicemia de jejum ≥ 100 mg/dL. Além do cluster metabólico, o estudo também se propôs a avaliar a presença de doença cardiovascular e de limitações nas atividades diárias dos pacientes como outras manifestações de disfunção orgânica associada à obesidade, cuja presença, segundo a classificação proposta, já caracteriza obesidade clínica.

3.7. Riscos e Benefícios

RISCOS: Este estudo não apresenta riscos físicos, psicológicos, econômicos ou sociais significativos para os participantes, uma vez que foi conduzido com total respeito à integridade e à privacidade dos mesmos. No entanto, há um risco mínimo de constrangimento, exposição de informações confidenciais e violação da privacidade dos prontuários. Para mitigar esses riscos, foram adotadas medidas rigorosas de segurança, garantindo o anonimato dos participantes, a proteção dos dados coletados e o acesso restrito às informações apenas pelo tempo necessário para a realização da pesquisa.

BENEFÍCIOS: Os participantes não receberam benefícios diretos, porém, o estudo pôde contribuir para uma avaliação mais precisa do

excesso de peso, auxiliando na classificação da obesidade, bem como no acompanhamento desses pacientes.

3.8. Considerações Éticas

Este estudo seguiu rigorosamente os princípios éticos estabelecidos pela Resolução CNS 466/12, garantindo a privacidade e a confidencialidade dos participantes. Os dados coletados foram utilizados exclusivamente para fins científicos e podem ser divulgados em eventos acadêmicos e científicos, sempre de forma anônima, sem qualquer possibilidade de identificação dos indivíduos.

A pesquisa foi iniciada somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), vinculado ao Sistema CEP/CONEP. Além disso, os pesquisadores se comprometem a respeitar os princípios éticos fundamentais, incluindo autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, assegurando que nenhum participante seja exposto a riscos indevidos.

Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos, métodos e possíveis implicações do estudo, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme exigido ao lidar com dados pessoais.

CAAE: 86742725.4.0000.5200

3.9. Análise Estatística dos Dados

Foi realizada a quantificação estatística descritiva simples e a análise fatorial que, após quantificado em números absolutos e percentuais,

utilizando a Planilha Eletrônica do Programa Google Forms® 2025, onde foram elaborados gráficos e tabelas que se façam necessários.

A ausência de indivíduos em categorias alternativas impede a comparação estatística entre grupos. Dessa forma, o cálculo de p-valor torna-se estatisticamente inviável, independentemente do teste utilizado.

4. RESULTADOS

4.1. Tabela Referente às Características Demográficas e Clínicas da População

Tabela 1. Características demográficas e clínicas da população estudada (N = 40)

Variável	Categoria	n (%)
Faixa etária (anos)	≥ 70	7 (17,5%)
	60–69	10 (25%)
	50–59	11 (27,5%)
	40–49	6 (15%)
	18–39	6 (15%)
Sexo	Feminino	27 (67,5%)
	Masculino	13 (32,5%)
Comorbidades	Diabetes mellitus	17 (42,5%)
	Hipertensão arterial sistêmica	18 (45%)
	Síndrome metabólica	19 (47,5%)

Índice de Massa Corporal (IMC)	25–29,9 kg/m ²	14 (35%)
	≥ 30 kg/m ²	26 (65%)
Medidas antropométricas	Circunferência abdominal – NCEP (Homens ≥102 cm; Mulheres ≥88 cm)	37 (92,5%)
	Circunferência abdominal – IDF (Homens ≥90 cm; Mulheres ≥80 cm)	40 (100%)
	Relação cintura–altura ≥ 0,5	40 (100%)
	Relação cintura–quadril (Homens ≥0,90; Mulheres ≥0,85)	37 (92,5%)
Variáveis laboratoriais	HDL baixo (Homens <40 mg/dL; Mulheres <50 mg/dL)	21 (52,5%)
	Triglicerídeos ≥150 mg/dL	20 (50%)
	Glicemia de jejum ≥100 mg/dL	18 (45%)

A amostra foi composta por 40 pacientes adultos com IMC ≥ 25 kg/m², com predominância de indivíduos entre 50 e 70 anos, concentrando-se principalmente nas faixas etárias de 50 a 59 anos (27,5%) e 60 a 69 anos (25%). Observa-se menor representação de indivíduos abaixo de 25 anos.

Quanto ao sexo, houve predomínio do feminino, correspondente a 67,5% da amostra.

Em relação às comorbidades, identificou-se elevada frequência de síndrome metabólica (47,5%), hipertensão arterial sistêmica (45%) e diabetes mellitus (42,5%).

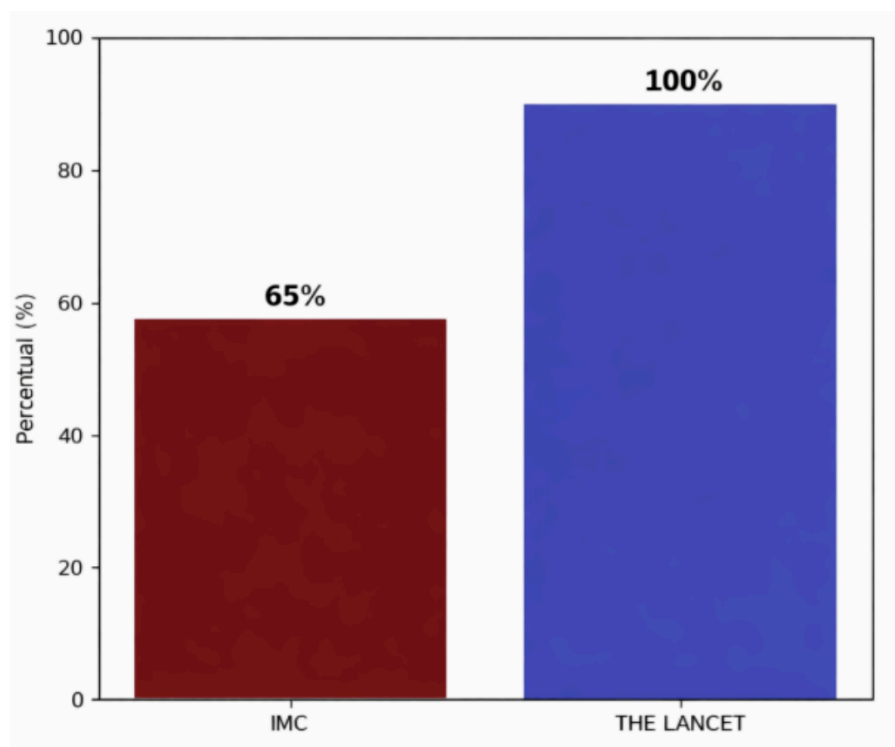
De acordo com a classificação tradicional baseada exclusivamente no IMC, 65% dos pacientes foram classificados como obesos (IMC ≥

30 kg/m²), enquanto 35% foram classificados como sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9kg/m²).

No que se refere às medidas antropométricas, a circunferência abdominal apresentou-se alterada em 92,5% dos pacientes segundo os critérios do NCEP e em 100% segundo os critérios da IDF. A relação cintura-altura esteve alterada em todos os indivíduos, enquanto a relação cintura-quadril apresentou alteração em 92,5% da amostra.

Por fim, quanto às variáveis laboratoriais, observou-se HDL-colesterol reduzido em 52,5% dos pacientes, hipertrigliceridemia em 50% e glicemia de jejum alterada em 45%, evidenciando elevada prevalência de alterações metabólicas na população estudada.

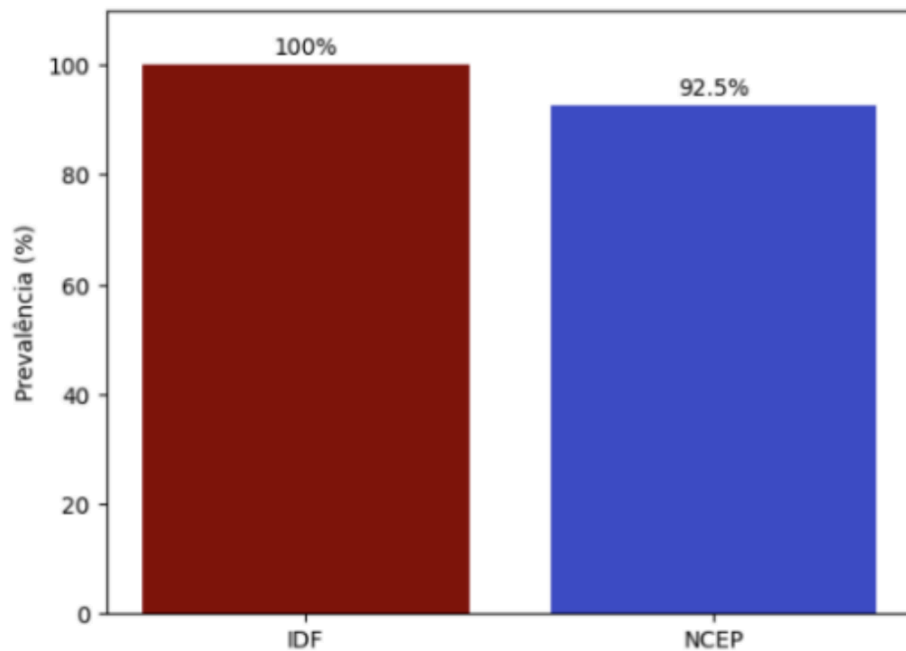
4.2. Comparação Entre a Classificação de Obesidade Pelo Imc X Nova Classificação de Obesidade Proposta Pela The Lancet



Quando aplicada a nova classificação proposta pela comissão da The Lancet, observa-se uma reclassificação expressiva da amostra, com

100% dos pacientes sendo enquadrados como obesos, independentemente da categoria de IMC.

4.3. Circunferência Abdominal Aumentada de Acordo com as Diferentes Classificações (Ncep X Idf)



Ao utilizar os pontos de corte do NCEP (≥ 102 cm para homens e ≥ 88 cm para mulheres), 92,5% dos pacientes apresentaram circunferência abdominal aumentada.

Quando adotados os critérios da IDF (≥ 90 cm para homens e ≥ 80 cm para mulheres), 100% da amostra apresentou circunferência abdominal aumentada.

4.4. Relação Cintura-Altura (Rca)

Relação cintura X altura (em centímetros) VALOR DE REFERÊNCIA: até 0,5 para homens e mulheres

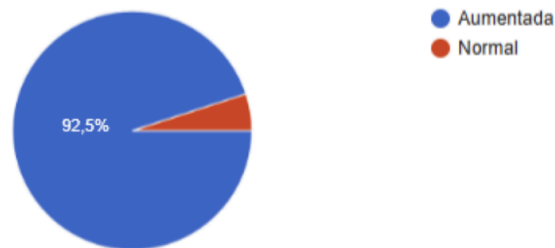
40 respostas



A relação cintura-altura mostrou-se alterada em 100% dos pacientes considerando o valor de referência $\leq 0,5$ para ambos os sexos.

4.5. Relação Cintura-Quadril (Rcq)

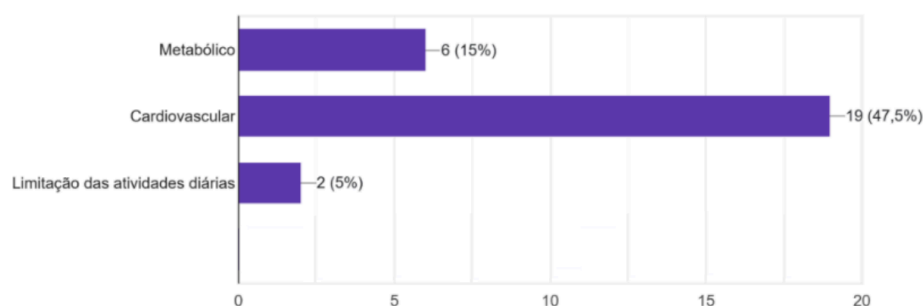
Relação cintura X quadril (em centímetros) VALOR DE REFERÊNCIA: até 0,9 para Homens e até 0,85 para Mulheres
40 respostas



A relação cintura-quadril apresentou-se alterada em 92,5% dos indivíduos, utilizando-se os pontos de corte estabelecidos ($\geq 0,9$ para homens e $\geq 0,85$ para mulheres).

4.6. Presença de Critérios de Obesidade Clínica Conforme a Classificação da The Lancet

Presença de critérios de obesidade clínica conforme a classificação da The Lancet



O acometimento mais frequente foi relacionado ao sistema cardiovascular (47,5%), identificado em quase metade da amostra, seguido pela presença de alterações associadas ao eixo metabólico (15%). Em menor proporção, também foram observadas limitações nas atividades diárias (5%).

5. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam impacto significativo da aplicação da nova classificação de obesidade proposta pela comissão internacional da The Lancet, quando comparada ao diagnóstico tradicional baseado exclusivamente no IMC. (Rubino et al., 2025) Na amostra avaliada, composta por pacientes com IMC ≥ 25 kg/m², observou-se que, enquanto 65% seriam classificados como obesos pela abordagem clássica, a aplicação dos novos critérios resultou na reclassificação de 100% dos indivíduos como obesos. Na avaliação da adiposidade central, a circunferência abdominal foi classificada segundo os pontos de corte do NCEP-ATP III e da International Diabetes Federation (IDF), sendo considerada alterada em 92,5% dos indivíduos pelo critério do NCEP e em 100% pelo critério da IDF. (National Cholesterol Education Program, 2002; Alberti; Zimmet; Shaw, 2005).

Essa discrepância pode ser atribuída às diferenças conceituais entre os critérios, uma vez que o NCEP-ATP III adota pontos de corte derivados principalmente de populações norte-americanas, ao passo que a IDF reconhece a variabilidade antropométrica entre diferentes grupos populacionais e propõe valores diferenciados de circunferência abdominal. (National Cholesterol Education Program, 2002; Alberti; Zimmet; Shaw, 2005). Nesse sentido, a maior sensibilidade observada com o critério da IDF pode indicar melhor adequação à população brasileira, caracterizada por ampla heterogeneidade étnica e estatural, contribuindo para a identificação mais abrangente de adiposidade central clinicamente relevante. (Ford, 2005).

Um dos principais achados do estudo foi a elevada concordância entre os diferentes critérios antropométricos utilizados para a confirmação do excesso de adiposidade. Medidas como

circunferência abdominal (CA), relação cintura-altura (RCA) e relação cintura-quadril (RCQ) mostraram-se alteradas na quase totalidade da amostra, com concordância predominantemente elevada entre a RCA e a CA quando aplicada a definição de circunferência abdominal proposta pela IDF. Esse elevado grau de concordância pode ser parcialmente atribuído às características antropométricas da população brasileira, que apresenta, em média, menor estatura, contexto no qual medidas baseadas na circunferência da cintura, isoladamente ou ajustadas pela altura, tendem a identificar de forma semelhante a adiposidade central.

Esse achado suscita uma crítica importante ao modelo proposto: para indivíduos com IMC entre 25 e 29,9kg/m², a nova classificação exige a presença de dois critérios de excesso de adiposidade para o diagnóstico de obesidade. No entanto, quando esses critérios são RCA e CA, observa-se uma concordância quase absoluta entre eles, tornando a exigência de dois parâmetros potencialmente redundante. Na prática clínica, a presença de um desses critérios já permitiria inferir, com elevada probabilidade, a positividade do outro, o que levanta a possibilidade de simplificação do modelo diagnóstico, utilizando apenas um dos dois critérios, sem perda significativa de acurácia.

No que tange às disfunções orgânicas associadas à obesidade reconhecidas pela The Lancet, o presente estudo avaliou os sistemas cardiovascular e metabólico, bem como a presença de limitações nas atividades diárias dos pacientes envolvidos.

Quanto às disfunções metabólicas, o estudo também evidencia uma limitação conceitual relevante da nova classificação. O cluster metabólico definido pela The Lancet exige a presença simultânea de

hiperglicemia, hipertrigliceridemia e redução do HDL-colesterol para caracterizar disfunção orgânica metabólica associada à obesidade clínica (Rubino et al., 2025). Entretanto, na prática, observou-se que diversos pacientes apresentavam uma ou duas dessas alterações, incluindo indivíduos já diagnosticados com diabetes mellitus ou síndrome metabólica, mas que não preenchiam todos os critérios do cluster. Esses pacientes, apesar de apresentarem condições classicamente associadas ao excesso de adiposidade, não seriam classificados como portadores de obesidade clínica segundo o novo modelo. Esse achado é particularmente relevante, uma vez que indivíduos que atendem aos critérios de síndrome metabólica, não seriam classificados como obesos clínicos pela nova classificação.

Tal circunstância pode impactar diretamente a adoção de intervenções terapêuticas mais específicas para esses pacientes, uma vez que eles não se enquadram nos critérios propostos pela nova abordagem diagnóstica. Esse cenário suscita a preocupação de que a aplicação estrita desse modelo possa atrasar ou até limitar estratégias terapêuticas em indivíduos que já apresentam repercussões metabólicas clinicamente relevantes decorrentes do excesso de adiposidade, conforme apontado por Chumakova, Maryna, em seu estudo publicado. (Chumakova et al., 2025).

Além disso, chama atenção o fato de que a maior parte dos pacientes classificados previamente como sobrepeso passaram a ser considerados obesos após a aplicação dos novos critérios. Embora o objetivo da nova proposta seja superar as limitações do IMC e promover uma avaliação mais individualizada do risco associado à adiposidade, os resultados deste estudo sugerem que, ao menos nesta amostra, houve um aumento expressivo da sensibilidade diagnóstica, com consequente redução da capacidade de

discriminação entre graus distintos de risco clínico. Assim, a nova classificação, em vez de tornar o diagnóstico mais seletivo, pode acabar agrupando indivíduos heterogêneos sob uma mesma categoria diagnóstica.

Uma limitação deste estudo refere-se à aplicação do modelo no contexto do SUS, devido à dificuldade de acesso a exames complexos e à alta demanda assistencial, o que pode tornar imprecisa a distinção entre obesidade pré-clínica e clínica. Além disso, a definição de obesidade clínica exige a exclusão de acometimentos em múltiplos sistemas, demandando investigação clínica e laboratorial extensa, o que dificulta a operacionalização do modelo na prática cotidiana. (European Association for the Study of Obesity, 2025).

Por outro lado, é importante reconhecer aspectos positivos da nova proposta. A ampliação do diagnóstico de obesidade pode aumentar a conscientização tanto dos profissionais de saúde quanto dos próprios pacientes sobre os riscos associados ao excesso de adiposidade. Ao reconhecer formalmente mais indivíduos como obesos, mesmo em estágios iniciais ou sem manifestações clínicas evidentes, cria-se uma oportunidade para intervenções precoces, com ênfase em mudanças no estilo de vida, aconselhamento nutricional e promoção da atividade física. Nesse sentido, a nova classificação pode contribuir para uma abordagem mais preventiva da obesidade.

6. CONCLUSÃO

A aplicação da nova classificação de obesidade proposta pela The Lancet resultou na reclassificação expressiva dos pacientes

avaliados, com aumento significativo da identificação de obesidade em comparação ao critério tradicional baseado no IMC. Embora o modelo represente um avanço ao incorporar medidas de adiposidade e disfunções orgânicas, seus resultados nesta amostra sugerem possível sobrediagnóstico, especialmente entre indivíduos previamente classificados como sobrepeso. A elevada concordância entre os critérios antropométricos levanta questionamentos quanto à redundância diagnóstica, enquanto a exigência de exclusão abrangente de disfunções orgânicas limita a aplicabilidade prática no contexto do SUS. Ademais, a definição restritiva do cluster metabólico pode excluir pacientes com condições metabólicas já estabelecidas e clinicamente relevantes. Apesar dessas limitações, a nova proposta pode favorecer maior conscientização e intervenções precoces. Assim, ajustes nos critérios e validações em populações brasileiras são necessários para equilibrar precisão diagnóstica, viabilidade clínica e impacto em saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, K. G. M. M.; ZIMMET, P.; SHAW, J. The metabolic syndrome: a new worldwide definition. *Diabetologia*, Berlin, v. 48, n. 6, p. 1059-1067, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. *Diretrizes brasileiras de obesidade 2016*. 4. ed. São Paulo, SP: ABESO, 2016. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: obesidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRAY, G. A.; KIM, K. K.; WILDING, J. P. H. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*, v. 18, n. 7, p. 715-723, 2017.

CHUMAKOVA, M. et al. Impact of the 2025 Lancet Diagnostic Criteria on Obesity Treatment in the United States. *Clinical Obesity*, v. 16, n. 1, e70050, 2026. DOI: 10.1111/cob.70050.

ECKEL, R. H.; KAHN, R.; ROBERTSON, R. M.; RIZZA, R. A. Preventing cardiovascular disease and diabetes: a call to action from the American Diabetes Association and the American Heart Association. *Circulation*, v. 113, n. 25, p. 2943-2946, 2006.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY. *EASO response to the Lancet Commission report on obesity diagnosis and management*. Teddington: EASO, 24 jan. 2025. Disponível em: <https://easo.org/easo-response-to-the-lancet-commission-report-on-obesity-diagnosis-and-management/>. Acesso em: 29 jan. 2026.

FLEGAL, K. M. et al. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA*, v. 303, n. 3, p. 235-241, 2010. DOI: 10.1001/jama.2009.2014.

FORD, E. S. Prevalence of the metabolic syndrome defined by the International Diabetes Federation among adults in the U.S. *Diabetes Care*, v. 28, n. 11, p. 2745-2749, 2005. DOI: 10.2337/diacare.28.11.2745.

HASLAM, D. W.; JAMES, W. P. T. Obesity. *The Lancet*, v. 366, n. 9492, p. 1197-1209, 2005.

HRUBY, A.; HU, F. B. The epidemiology of obesity: a big picture. *PharmacoEconomics*, v. 33, n. 7, p. 673-689, 2015.

JENSEN, M. D. et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation*, v. 129, n. 25, p. S102-S138, 2014.

KOPLAN, J. P.; DIETZ, W. H. Caloric imbalance and public health policy. *JAMA*, v. 282, n. 16, p. 1579-1581, 1999.

KUSHNER, R. F.; BLAIR, S. N. Introduction to the obesity epidemic: etiology, health consequences, and implications for the future. *Medical Clinics of North America*, v. 100, n. 1, p. 1-7, 2016.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation*, v. 106, n. 25, p. 3143-3421, 2002. DOI: 10.1161/circ.106.25.3143.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. *Obesity Research*, v. 6, suppl. 2, p. 51S-209S, 1998.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). A century of trends in adult human height. *eLife*, v. 5, e13410, 2016. DOI: 10.7554/eLife.13410.

NG, M. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, v. 384, n. 9945, p. 766-781, 2014.

PI-SUNYER, X. The medical risks of obesity. *Postgraduate Medicine*, v. 121, n. 6, p. 21-33, 2009. DOI: 10.3810/pgm.2009.11.2074.

RUBINO, F. et al. Clinical obesity: a new classification based on etiology and severity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, v. 13, n. 1, p. 1-10, 2025.

STEVENS, G. A. et al. National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences. *Population Health Metrics*, v. 10, n. 1, p. 22, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. Geneva: World Health Organization, 2000.

7. APÊNDICE

7.1. Variáveis do Estudo

Variáveis Demográficas	Variáveis Clínicas e Laboratoriais
Idade (em anos)	IMC: Sobrepeso 25 - 29,9 kg/m ² Obeso ≥ 30 kg/m ²
Gênero (Masculino ou Feminino)	Circunferência abdominal (em centímetros)
	Presença de doenças associadas à obesidade conforme lista da The Lancet (Janeiro 2025): Metabólico, cardiovascular e limitação de atividades diárias.
	Relação cintura X altura (em centímetros)
	Relação cintura X quadril (em centímetros)
	Comorbidades: 1. Diabetes Mellitus 2. Hipertensão arterial sistêmica 3. Síndrome metabólica
	HDL baixo (Homens <40mg/dL; Mulheres <50 mg/dL), Triglicerídeos (≥ 150 mg/dL) e Glicemia de Jejum (≥ 100 mg/dL)

7.2. Instrumentos de Coleta de Dados

Aplicação dos Novos Critérios Diagnósticos de Obesidade em Pacientes de um Hospital Terciário: Implicações Clínicas e Impacto na Saúde Pública

Lista de variáveis a serem coletadas em presente estudo, durante atendimento consecutivo em ambulatório de Clínica Médica em um hospital terciário.



* Indica uma pergunta obrigatória

Idade do Paciente (Em anos) *

- ☐ 18 a 24 anos.
- ☐ 25 a 29 anos.
- ☐ 30 a 39 anos.
- ☐ 40 a 49 anos.
- ☐ 50 a 59 anos.
- ☐ 60 a 69 anos.
- ☐ Maior ou igual a 70 anos.

Gênero *

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

Circunferência abdominal (Em centímetros): *

Sua resposta

Presença de doenças associadas à obesidade conforme lista da The Lancet (Janeiro 2025). *

Sua resposta

Relação cintura X altura (em centímetros) *

Sua resposta

Relação cintura X quadril (em centímetros)

Sua resposta

Enviar

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Este item parece suspeito? [Relatório](#)

Google Formulários

7.3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (conforme a Resolução 466/12)

Convidamos o Sr(a) a participar da pesquisa intitulada: "**Aplicação dos novos critérios diagnósticos de obesidade em pacientes de um hospital terciário: Implicações clínicas e impacto na saúde pública**", sob responsabilidade do pesquisador **Ana Cláudia Carvalho Pinto Costa**, tendo por objetivo discutir as particularidades deste caso clínico com profissionais de saúde. Para realização deste estudo será realizado o seguinte método: descrição de caso clínico, através de dados coletados em entrevista com o paciente e também descritos em prontuário eletrônico.

A descrição do relato de caso envolve o risco de quebra de confidencialidade (algum dado que possa identificar o Sr publicamente, causando constrangimento). Para minimizar esse risco, nenhum dado que possa identificar o Sr como nome, codinome, registros individuais, números de telefone, endereço ou características morfológicas (partes do corpo), entre outros, serão utilizadas sem sua autorização. Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa é ampliar o conhecimento adquirido entre profissionais da área da saúde e especialistas para melhoria das condições de saúde da população.

O Sr (a) terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si, a garantia de que em caso haja algum dano a sua pessoa os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável. Após a conclusão da pesquisa o material utilizado (dados), será destruído não restando nada que venha a comprometer-lo agora ou futuramente.

Esclarecemos que manteremos em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o participante usando apenas, para divulgação, os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Informamos também que após o término da pesquisa, serão destruídos todos os questionários que possa vir a identificá-lo, não restando nada que venha a comprometer o anonimato de sua participação agora ou futuramente.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos você deve procurar os pesquisadores: (Ana Claudia Carvalho Pinto Costa, email accarvalhocosta@gmail.com, celular (81) 993040696, ou caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos CEP – HOF localizado na Rua Aprígio Guimarães s/n Tejipió, CEP: 50920-640, Recife-PE. Fone: (81) 3182-8648 E-mail: cep.hof@saude.pe.gov.br, Recife-PE.

Eu após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, respeitando o sigilo e o anonimato, em publicações e eventos de caráter científico.

Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias, com igual teor, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), devendo as páginas com as assinaturas estar na mesma folha, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do(s) pesquisador (es).

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Assinatura de testemunha

8. ANEXO

8.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

IMC	Classificação
Abaixo de 18,5	Baixo peso
Entre 18,6 e 24,9	Peso Normal
Entre 25 e 29,9	Sobrepeso
Entre 30 e 34,9	Obesidade grau I
Entre 35 e 39,9	Obesidade grau II
Acima de 40	Obesidade grau III

¹ Clínica médica Hospital Otávio de Freitas (Recife-PE, Brasil). E-mail:
[acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Clínica médica Hospital Otávio de Freitas (Recife-PE, Brasil). E-mail:
[acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Clínica médica Hospital Otávio de Freitas (Recife-PE, Brasil). E-mail:
[acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)