

Lactente com ganho de peso excessivo — o bebê "gordinho" nos primeiros 2 anos

Como avaliar o peso para o comprimento em escore-z, o ganho rápido de peso como fator de risco, causas comuns (superalimentação, fórmula mal preparada, alimentação não responsiva), sinais de obesidade não comum, o que fazer e o que não fazer no lactente e quando encaminhar

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

O lactente "gordinho" preocupa a família, mas o que importa é a **trajetória**: um bebê grande e **proporcional** (peso e comprimento altos, no mesmo canal) costuma ser constitucional, enquanto o **ganho rápido de peso** — aumento de mais de **0,67** **escore-z** de peso entre o nascimento e 2 anos — associa-se a risco cerca de **3,7 vezes maior** de sobrepeso e obesidade mais tarde (metanálise de 2018). A classificação usa **peso para comprimento ou IMC em escore-z das curvas da OMS** (SBP 2019): acima de +1 é **risco de sobrepeso**, acima de +2 **sobrepeso** e acima de +3 **obesidade**. As causas mais comuns são **superalimentação** (todo choro tratado como fome, mamadeira "até esvaziar"), **fórmula concentrada**, introdução precoce de alimentos, sucos e açúcar. O tratamento é **alimentação responsiva**, aleitamento materno, preparo correto da fórmula e introdução alimentar aos 6 meses — **nunca dieta hipocalórica nem leite desnatado** no lactente. Fica com o pediatra (🟢) a maioria; **obesidade de início antes de 1 ano, baixa estatura ou queda do comprimento, hiperfagia, atraso ou dismorfias** pedem endocrinologista pediátrico **com prioridade** (🟡). Ganho súbito por **edema**, apneias com cianose ou letargia são 🔴.

1. O que é e como se apresenta

Avaliar antes de rotular

- Usar as **curvas da OMS 2006** (Caderneta da Criança) e o **peso para o comprimento** ou o **IMC para a idade** em escore-z — nunca o peso isolado.
- Olhar a **trajetória**: subir cruzando várias linhas de escore-z chama mais atenção do que estar estável num canal alto.
- Olhar a **proporção**: peso e comprimento altos e paralelos sugerem bebê constitucionalmente grande (pais altos, GIG); peso subindo e comprimento parado ou caindo é **sinal de alerta**.

Classificação (SBP, Manual de Obesidade, 2019; OMS; igual a Obesidade e risco cardiometabólico)

ÍNDICE (0 A 5 ANOS)	> +1 A +2 Z	> +2 A +3 Z	> +3 Z
Peso/comprimento ou IMC/idade	Risco de sobrepeso	Sobrepeso	Obesidade

Ganho rápido de peso: aumento de **mais de 0,67 escore-z** de peso para a idade (equivale a cruzar uma faixa de percentil nas curvas) entre 0 e 2 anos. O conceito vem da coorte de Avon (Ong e colaboradores, Universidade de Oxford, 2000): 30,7% dos bebês tiveram esse ganho e, aos 5 anos, eram mais pesados, mais altos e com mais gordura central. A metanálise de 17

estudos (Zheng, com Ong, de Cambridge, 2018) mostrou **razão de chances de 3,66** para sobrepeso ou obesidade da infância à vida adulta, maior quando o ganho rápido ocorre no 1º ano.

Por que acontece (SBP 2019; AEP 2023; MS 2019)

- **Superalimentação:** oferecer leite a cada choro, insistir até a mamadeira esvaziar, mamadeira para dormir, cereal ou farinha na mamadeira.
- **Fórmula mal preparada:** colher-medida a mais ou cheia demais aumenta a densidade energética; fórmula com proteína elevada (a AEP lista a ingestão alta de proteínas nos primeiros meses como fator de risco; a SBP recomenda, se não houver leite materno, fórmula com teor proteico reduzido e adequada à idade).
- **Ausência ou curta duração do aleitamento materno**, que favorece a autorregulação do apetite.
- **Introdução alimentar precoce** (antes de 6 meses), sucos, açúcar, biscoitos e ultraprocessados.
- **Leite de vaca antes de 12 meses** ou em grande volume depois.
- **Alimentação não responsiva:** não reconhecer os sinais de saciedade; usar comida para acalmar.
- **Sono curto, telas, pouco tempo no chão.**
- **Fatores de base:** obesidade e diabetes materno (inclusive gestacional), tabagismo na gestação, **PIG ou restrição de crescimento intrauterino com recuperação rápida** e GIG (Ong 2000; AEP 2023).

Causas não comuns (raras, mas com pistas — SBP, DC de Endocrinologia, 2020, como em Obesidade e risco cardiometabólico)

- **Início antes de 1 ano** ou obesidade grave antes dos 5 anos — pensar em causa **monogênica** (receptor de melanocortina 4, leptina e seu receptor, POMC).
- **Baixa estatura ou queda da velocidade de crescimento junto com o ganho de peso:** hipotireoidismo, excesso de corticoide (exógeno ou Cushing), deficiência de GH, pseudo-hipoparatiroidismo.
- **Hipotonia, atraso do desenvolvimento, dismorfias, hipogonadismo, hiperfagia:** síndromes (Prader-Willi — o lactente costuma ser hipotônico e mamar mal, e a hiperfagia aparece depois; outras síndromes com obesidade).
- **Regra prática:** obeso e **alto** = quase sempre exógeno; obeso e **baixo** = investigar.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Bebê grande e proporcional; risco de sobrepeso ou sobrepeso; ganho rápido de peso com comprimento acompanhando; desenvolvimento normal	Pediatra: revisar a alimentação (volume, preparo, frequência, sinais de saciedade), aleitamento, introdução alimentar; pesar e medir nas consultas de rotina (SBP: mensal até 6 meses, bimestral até 12, trimestral até 18)
● Moderada	Obesidade ($> +3 z$); ganho rápido persistente apesar da orientação; sinal de obesidade não comum (início antes de 1 ano com obesidade importante, baixa estatura ou queda do comprimento, hipotonia, atraso, distorções, hiperfagia); uso prolongado de corticoide; família com dificuldade grave de mudar a rotina	Encaminhar com prioridade ao endocrinologista pediátrico (e ao geneticista se distorções ou atraso); TSH e T4 livre se o comprimento cai; nutricionista; seguimento próximo pelo pediatra
● Grave	Ganho de peso súbito por edema (pálpebras, pés, abdome — síndrome nefrótica, insuficiência cardíaca ou hepática), dispneia ou hepatomegalia; apneias com cianose ou sinais de hipoventilação; letargia, hipotonia aguda, vômitos; sinais de Cushing com hipertensão	Pronto-socorro/hospital (ver "Como encaminhar")

Fatores que elevam o risco

- Mãe ou pai com obesidade; diabetes gestacional; tabagismo na gestação.
- PIG com recuperação rápida; GIG; prematuro com ganho muito acelerado após a alta.
- Fórmula desde cedo, sem aleitamento; introdução alimentar antes de 4–6 meses.
- Insegurança alimentar, cuidado por várias pessoas sem orientação comum, telas.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese: tipo de leite (peito, fórmula, leite de vaca), **como a fórmula é preparada** (quantas medidas para quantos mL de água, medida rasa ou cheia), volume e número de mamadeiras, mamadeira noturna e para dormir, espessantes (farinha, cereal), quando começou a comer, sucos, açúcar, biscoitos, telas, sono, quem alimenta e como reage ao choro; peso dos pais, diabetes gestacional, peso ao nascer; medicamentos (corticoide).

Exame físico: peso, comprimento, perímetro cefálico e **peso/comprimento ou IMC em escore-z**, com a trajetória desde o nascimento; tônus, desenvolvimento, distorções, genitália, edema, fígado, pressão arterial se houver sinais de Cushing ou doença renal.

Exames: não são necessários no lactente com ganho exógeno, proporcional e desenvolvimento normal. Com sinais de obesidade não comum: **TSH e T4 livre** (lembrar que a triagem neonatal não exclui hipotireoidismo adquirido) e avaliação pelo especialista, que decide genética (metilação do 15q11-q13 para Prader-Willi, painel de obesidade monogênica) e outros exames. Edema: urina tipo 1 (proteinúria), albumina, função renal e hepática — no serviço.

Diferencial que não pode passar: edema confundido com gordura; hipotireoidismo; excesso de corticoide (inclusive tópico ou inalatório em doses altas); síndromes genéticas; erro de medida (comprimento medido em pé ou com o bebê encolhido).

4. Tratamento e seguimento

O que fazer (SBP 2019; MS, Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos, 2019; NICE NG247, 2025)

- **Aleitamento materno exclusivo até 6 meses** e continuado até 2 anos ou mais; apoiar a mãe que deseja voltar a amamentar exclusivamente.
- **Alimentação responsiva:** ensinar os **sinais de saciedade** — parar de mamar, fechar a boca, virar o rosto, brincar ou morder o mamilo, dormir (SBP 2019); nem todo choro é fome (SBP 2019); oferecer colo, troca, sono.
- **Fórmula (se não houver leite materno):** fórmula infantil adequada à idade, **preparada exatamente como no rótulo** (medida rasa, água na quantidade certa), sem acrescentar farinha, açúcar ou achocolatado; **não insistir para terminar a mamadeira**; não usar mamadeira para fazer dormir. O NICE NG247 pede orientação independente, não comercial, sobre o preparo e a alimentação com fórmula.
- **Introdução alimentar aos 6 meses**, com comida de verdade (in natura e minimamente processada), **sem açúcar antes de 2 anos** (MS 2019; SBP 2024), **sem suco antes de 2 anos** (SBP, Guia Prático de Atualização nº 162/2024; MS 2019 e AAP vetam só no 1º ano — divergência, o site segue a SBP), sem ultraprocessados; água como bebida.
- **Leite de vaca só a partir de 12 meses** (SBP 2024, como em **Fórmulas infantis e leites**).
- **Rotina:** horários de refeição a partir da introdução alimentar, comer à mesa com a família, **sem telas antes de 2 anos** (SBP 2024), sono adequado, tempo no chão e brincadeira ativa.
- **Objetivo: desacelerar o ganho** e deixar o comprimento "alcançar" o peso, não perder peso.
- **Família:** orientar todos os cuidadores (avós, creche) com a mesma mensagem; abordar sem culpa e sem estigma (como em **Obesidade e risco cardiometabólico**).

O que é do especialista (🟡): investigação de causa endócrina ou genética, manejo de síndromes (Prader-Willi tem protocolo próprio — ver **Disfunções endócrinas na síndrome de Prader-Willi**), acompanhamento nutricional estruturado.

Medicamentos: não há medicamento para o peso no lactente. Seguem as suplementações de rotina:

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Vitamina D	400 UI/dia no 1º ano; 600 UI/dia de 1 a 18 anos	1 vez ao dia	Contínuo	SBP 2024 (profilaxia universal, independente do peso)
Ferro elementar (profilaxia, termo)	10–12,5 mg/dia	1 vez ao dia	2 ciclos de 3 meses, iniciados aos 6 e aos 12 meses	SBP, Diretriz nº 32/2026; início aos 4 meses se já recebe leite de vaca

O que não fazer

- **Dieta hipocalórica ou restrição de volume** no lactente (risco para o crescimento e o neurodesenvolvimento).
- **Leite desnatado ou semidesnatado** antes de 2 anos.
- Diluir a fórmula "para engordar menos" (risco de desnutrição e hiponatremia) ou concentrá-la "para sustentar".
- Introduzir sólidos cedo para "espaçar as mamadas".
- Chás, sucos ou água com açúcar para acalmar.
- Rotular o bebê ou culpar a mãe; tranquilizar sem orientar (perde-se a janela de prevenção).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Ganho de peso **súbito** com edema de pálpebras, pés ou abdome, urina espumosa ou diminuída (síndrome nefrótica), ou com dispneia, sudorese às mamadas e fígado aumentado (insuficiência cardíaca).
- Apneias presenciadas com cianose, pausas longas, sonolência excessiva ou sinais de hipoventilação.
- Letargia, hipotonia aguda, vômitos persistentes, convulsão.
- Sinais de Cushing (face em lua cheia, pletora, estrias violáceas) com hipertensão ou infecção grave.

Como encaminhar: posição confortável e via aérea pérvia; oxigênio se desconforto respiratório ou SpO₂ < 94%, para manter **SpO₂ entre 94% e 98%**; não dar diurético no consultório; glicemia capilar se letargia; contato com o serviço; SAMU (192) se instável; relatório com a curva de peso e comprimento, medicamentos (corticoides) e exames.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "O que conta não é o peso de hoje, mas a linha da curva: vamos acompanhar juntos."
- "Seu bebê sabe quando está satisfeito: se ele vira o rosto, fecha a boca ou brinca com o bico, a mamada acabou — não insista para terminar."
- "Nem todo choro é fome: tente colo, troca de fralda, sono."
- "Prepare a fórmula exatamente como está no rótulo, com a medida rasa; não acrescente farinha, açúcar ou achocolatado."
- "Comida a partir dos 6 meses, sem açúcar e sem suco até 2 anos."
- "Não faça dieta no bebê e não use leite desnatado."
- Volte antes da data marcada se ele **parar de crescer em comprimento**, ficar mole ou atrasar o desenvolvimento.
- **Procure o pronto-socorro se:** inchar pálpebras, pés ou barriga de repente; tiver pausas na respiração com lábios roxos; cansar ou suar muito ao mamar; ficar muito sonolento ou mole.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAMBRIDGE
Versão consultada	Manual de Obesidade, 3ª ed., 2019; DC de Endocrinologia, 2020	Guia Alimentar < 2 Anos, 2019; Instrutivo de sobre peso e obesidade na APS, 2022	CPG de obesidade, 2023 (exclui < 2 anos)	NG247, 15/01/2025; NG75, 2017	Protocolo de obesidade infantil SEGHNPAEP, 2023	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE (estudos de Ong, Oxford 2000 e Cambridge 2018)
Definição	Escore-z OMS: > +1 risco, > +2 sobrepeso, > +3 obesidade	Escore-z OMS (Caderneta, SISVAN)	Não classifica < 2 anos	Curvas UK-WHO; foco no peso nas consultas	Percentil P/T > 90 risco, > 97 obesidade	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Ganho rápido como risco	Sim (prevenção na puericultura)	Sim (vigilância do crescimento)	Prevenção remetida a outro documento	Pesagens 8, 12, 16 semanas e 1 ano	Sim: crescimento rápido no 1º ano, proteína alta	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Ganho > 0,67 z (Ong)
Conduta	Aleitamento, saciedade, fórmula adequada, sem restrição	Não forçar, sem açúcar < 2 anos, comida de verdade	—	Alimentação responsiva; sólidos por volta de 6 meses; orientação não comercial sobre fórmula	Aleitamento; evitar excesso de proteína e introdução precoce	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Encaminhar	Obesidade não comum (início < 1 ano, baixa estatura, síndrome)	Causa secundária ou obesidade grave com comorbidade	—	—	Obesidade orgânica (síndromes, endocrinopatias)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: há convergência em que o ganho rápido de peso nos primeiros anos é fator de risco para obesidade, em que o aleitamento materno e a alimentação responsiva protegem e em que o lactente não recebe dieta restritiva. A AAP deixou explicitamente os menores de 2 anos fora da diretriz de 2023, e o NICE trata o tema pela vigilância do peso e pela alimentação responsiva, sem classificar o excesso de peso no lactente. A diferença está na **régua**: SBP e MS usam o escore-z da OMS, com a categoria "risco de sobrepeso" acima de +1, enquanto a AEP usa percentis do peso para a estatura. A evidência sobre o limiar de 0,67 z vem de pesquisadores de Oxford e Cambridge, mas os serviços do NHS seguem o NICE. **O site adota a posição da SBP**, com a mesma classificação de **Obesidade e risco cardiometabólico**.

PONTOS PRÁTICOS

1. Avalie peso para comprimento ou IMC em escore-z e a trajetória, nunca o peso isolado.
2. Bebê grande e proporcional costuma ser constitucional; peso subindo com comprimento parado é alerta.
3. Pergunte como a fórmula é preparada: medida cheia ou a mais é causa frequente e fácil de corrigir.
4. Ensine os sinais de saciedade; não insista para esvaziar a mamadeira; nem todo choro é fome.
5. Nada de dieta hipocalórica nem leite desnatado no lactente; o objetivo é desacelerar o ganho.
6. Início antes de 1 ano com obesidade importante, baixa estatura, hipotonia, atraso ou dismorfias: endocrinologista com prioridade.

Veja também, nesta Biblioteca: **Obesidade infantil** (nesta área); **Obesidade e risco cardiometabólico** e **Baixa estatura** (Patologias do consultório); **Ambientes alimentares e saúde de crianças e adolescentes** e **Disfunções endócrinas na síndrome de Prader-Willi** (Temas atualizados pela SBP); **Hipotireoidismo congênito e adquirido** (Endocrinologia); **Hematúria, proteinúria e edema** (Patologias do consultório); **Alimentação no Primeiro Mês de Vida** (Neonatologia).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Nutrologia. Obesidade na infância e adolescência — Manual de Orientação, 3ª ed., 2019. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Endocrinologia. Quando suspeitar que a obesidade "não é comum", 16/10/2020 (notícia do documento). sbp.com.br

- Sociedade Brasileira de Pediatria. Alimentação complementar para o lactente saudável — Guia Prático de Atualização nº 162, 22/07/2024. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, 2019. [PDF](#)
- Ministério da Saúde, UERJ. Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde, 2022. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretriz nº 32 — Deficiência de ferro e anemia ferropriva em lactentes, 2026. [PDF](#)
- NICE. NG247 — Maternal and child nutrition: nutrition and weight management in pregnancy, and nutrition in children up to 5 years, 15/01/2025. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- American Academy of Pediatrics. Hampl SE et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity, 2023 — resumo das KAS (exclusão dos menores de 2 anos). [PDF](#)
- AEP. Moreno Aznar LA, Lorenzo Garrido H. Obesidad infantil — Protocolos SEGHNP/AEP, 2023. [PDF](#)
- Ong KK et al. Association between postnatal catch-up growth and obesity in childhood: prospective cohort study. BMJ, 2000;320:967–71. [PubMed](#)
- Zheng M et al. Rapid weight gain during infancy and subsequent adiposity: a systematic review and meta-analysis. Obes Rev, 2018;19:321–32. [PubMed](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.