

Obesidade e risco cardiometabólico

Classificação do IMC em score-z, rastreamento de comorbidades, tratamento comportamental, medicamentos e cirurgia, estigma de peso e sinais de alerta que exigem pronto-socorro ou endocrinologista

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

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

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
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

A obesidade infantil é **doença crônica, multifatorial e recidivante**, e deve ser abordada **sem culpa e sem estigma** (AAP 2023; SBP). O diagnóstico usa o **IMC em escore-z nas curvas da OMS** (SBP): de 0 a 5 anos, acima de +1 é risco de sobrepeso, acima de +2 sobrepeso e acima de +3 obesidade; de 5 a 19 anos, acima de +1 é sobrepeso, acima de +2 obesidade e acima de +3 obesidade grave. Toda criança com excesso de peso precisa de **pressão arterial em toda consulta**, perfil lipídico, glicemia/HbA1c e ALT (sobretudo a partir de 10 anos) e pesquisa de ronco e apneia. O tratamento de base é **comportamental, familiar e intensivo** (AAP: ≥ 26 h em 3–12 meses). Medicamentos (agonistas de GLP-1) são adjuvantes **a partir de 12 anos**, dentro das indicações da ANVISA, e a cirurgia bariátrica é exceção (AAP ≥ 13 anos; CFM 2025 ≥ 14 anos com IMC > 40 e complicações). A maioria é acompanhada no consultório (●/●). **Poliúria, polidipsia, perda de peso ou vômitos com hiperglicemia, crise hipertensiva, claudicação com dor no quadril ou joelho, cefaleia com alteração visual e apneias com sonolência intensa exigem pronto-socorro (●)**. Baixa estatura ou queda da velocidade de crescimento junto com ganho de peso sugere causa endócrina.

1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** acúmulo excessivo de gordura corporal com risco à saúde. Na prática, o IMC (peso/estatura²) classificado por idade e sexo.
- **Causas:** a grande maioria é **obesidade comum (exógena, poligênica)**, resultado da interação entre genética, ambiente alimentar (ultraprocessados, bebidas açucaradas), sedentarismo, telas, sono curto, estresse e fatores sociais. A SBP (Nota de Alerta nº 62, 2026) lembra que o ambiente alimentar, e não apenas a família, sustenta a epidemia.
- **Causas secundárias (minoria):** endócrinas (hipotireoidismo, síndrome de Cushing, deficiência de GH), genéticas/sindrômicas (Prader-Willi, deficiência de receptor de melanocortina 4, leptina, síndromes com dismorfias), hipotalâmicas (pós-tumor, pós-radioterapia) e medicamentosas (corticoide, antipsicóticos atípicos, valproato).
- **Quadro clínico:** ganho de peso com cruzamento de linhas de escore-z para cima, estatura geralmente normal ou alta para a família (na obesidade comum), puberdade às vezes antecipada nas meninas. Procurar **acantose nigricans** (resistência insulínica), estrias, acne e hirsutismo (síndrome dos ovários policísticos), ronco, dor em joelhos e quadril, sofrimento emocional e bullying.
- **Comorbidades cardiometabólicas:** hipertensão, dislipidemia (triglicerídeos altos e HDL baixo), pré-diabetes e diabetes tipo 2, doença hepática esteatótica associada à disfunção

metabólica, apneia obstrutiva do sono, epifisiólise do fêmur proximal, pseudotumor cerebral, depressão e transtornos alimentares.

Classificação do IMC (escore-z, OMS; SBP 2019)

FAIXA ETÁRIA	RISCO DE SOBREPESO	SOBREPESO	OBESIDADE	OBESIDADE GRAVE
0–5 anos	> +1 a +2	> +2 a +3	> +3	—
5–19 anos	—	> +1 a +2	> +2 a +3	> +3

Atenção à mudança de curva aos 5 anos: os mesmos valores de z passam a significar sobrepeso e obesidade. A AAP usa percentis do CDC (sobrepeso $\geq$ p85; obesidade $\geq$ p95; obesidade grave $\geq$ 120% do p95), e o NICE usa as curvas britânicas (sobrepeso > p91; obesidade > p98).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
 Leve	Risco de sobrepeso ou sobrepeso; obesidade sem comorbidade; PA normal; exames normais; sem sinais de causa secundária	Aconselhamento familiar com entrevista motivacional; metas de hábitos; retorno a cada 1–3 meses; exames conforme idade
 Moderada	Obesidade grave ($z > +3$ ou $\geq$ 120% do p95); comorbidade estabelecida (PA elevada ou hipertensão estágio 1, dislipidemia, pré-diabetes, ALT elevada, ronco com pausas, SOP); sofrimento psíquico; falha do tratamento em 6 meses; suspeita de causa endócrina ou síndrome	Tratamento comportamental intensivo com equipe; encaminhamento eletivo-prioritário a endocrinologia pediátrica, gastro/hepatologia, pneumologia/sono ou saúde mental conforme o caso; considerar medicamento $\geq$ 12 anos
 Grave	Hiperglicemia sintomática (poliúria, polidipsia, perda de peso), cetose/vômitos ou desidratação; hipertensão estágio 2 com sintomas (cefaleia, alteração visual, dor torácica, déficit neurológico); claudicação ou dor em quadril/joelho (epifisiólise); cefaleia com papiledema ou alteração visual (pseudotumor); apneias com sonolência intensa, cianose ou sinais de hipoventilação; ideação suicida ou transtorno alimentar com instabilidade	Encaminhar ao pronto-socorro/hospital (ver "Como encaminhar")

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Início antes dos 5 anos ou obesidade grave precoce; ganho rápido e contínuo.

- História familiar de diabetes tipo 2, doença cardiovascular precoce, hipercolesterolemia familiar ou obesidade grave.
- Nascimento pequeno ou grande para a idade gestacional; diabetes gestacional materno.
- Puberdade (resistência insulínica fisiológica), etnia de maior risco para diabetes tipo 2.
- Uso de corticoide ou antipsicóticos; deficiência intelectual; TEA.
- Insegurança alimentar, vulnerabilidade social, bullying e sofrimento emocional.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese dirigida

- Início e velocidade do ganho, curva de estatura (a obesidade comum costuma ter estatura normal ou alta).
- Alimentação (bebidas açucaradas, ultraprocessados, refeições em família, telas nas refeições), atividade física, telas e sono (SBP 2024: < 2 anos nenhuma tela; 2–5 anos até 1 h/dia; 6–10 anos 1–2 h/dia; 11–18 anos 2–3 h/dia).
- Ronco, pausas respiratórias, sonolência diurna; cefaleia; dor em quadril ou joelho; irregularidade menstrual.
- Humor, autoimagem, bullying, compulsão, vômitos autoinduzidos, uso de laxantes ou de "canetas" sem prescrição.
- Medicamentos e história familiar.

Exame físico: peso, estatura, IMC em score-z, circunferência abdominal (relação cintura/estatura), **PA com manguito adequado** ao braço, acantose, estrias, Tanner, hepatomegalia, tireoide, dismorfias, marcha.

Pressão arterial (SBP 2019, alinhada à AAP 2017): medir em toda consulta na criança com excesso de peso a partir de 3 anos. Abaixo de 13 anos, PA elevada $\geq$ p90, hipertensão estágio 1 $\geq$ p95 e estágio 2 $\geq$ p95 + 12 mmHg; a partir de 13 anos, limiares fixos (elevada 120–129/< 80; estágio 1 130–139/80–89; estágio 2 $\geq$ 140/90 mmHg).

Exames laboratoriais

EXAME	QUANDO	INTERPRETAÇÃO PRÁTICA
Perfil lipídico (sem jejum)	Obesidade a partir de 2 anos (SBP 2020 seletivo com fator de risco); AAP ≥ 10 anos com sobrepeso/obesidade	Desejáveis (SBP): CT < 170, LDL < 110, HDL > 45, não-HDL < 120 mg/dL; CT ≥ 230 sugere hipercolesterolemia familiar
Glicemia de jejum e/ou HbA1c (TOTG se necessário)	AAP ≥ 10 anos (ou puberdade) com obesidade, ou sobrepeso com fatores de risco; considerar em 2–9 anos com obesidade	Pré-diabetes: glicemia 100–125 mg/dL ou HbA1c 5,7–6,4%; diabetes: glicemia ≥ 126, TOTG 2 h ≥ 200 ou HbA1c ≥ 6,5%
ALT	AAP ≥ 10 anos com obesidade (grau A); considerar antes se obesidade grave ou fatores de risco	ALT persistentemente elevada: repetir e investigar esteatose e outras hepatopatias; ultrassom abdominal complementa
TSH e T4 livre	Só se houver baixa velocidade de crescimento, bócio ou sintomas	Hipotireoidismo raramente causa obesidade importante
Polissonografia	Ronco habitual com pausas ou sonolência diurna	Encaminhar a otorrino/sono

Sinais de obesidade "não comum" (SBP, DC de Endocrinologia 2020) — encaminhar à endocrinologia pediátrica:

- Início antes de 1 ano ou obesidade grave antes dos 5 anos.
- **Baixa estatura ou queda da velocidade de crescimento com ganho de peso** (sugere hipotireoidismo, Cushing, deficiência de GH, pseudo-hipoparatiroidismo).
- Deficiência intelectual, atraso do desenvolvimento, dismorfias ou malformações.
- Hiperfagia intensa, busca compulsiva por comida.
- Hipogonadismo, alterações visuais, poliúria (lesão hipotalâmica).

Diagnóstico diferencial que não pode passar: diabetes tipo 1 em criança com sobrepeso (cetose, perda de peso), síndrome de Cushing (estrias violáceas, fâcies, parada do crescimento, hipertensão), hipotireoidismo, transtorno alimentar (compulsão, bulimia) e uso de corticoide.

4. Tratamento em casa

Princípios (AAP 2023; SBP 2019; NICE NG246)

- **Linguagem sem estigma:** pedir permissão para falar de peso, usar "criança com obesidade" em vez de "criança obesa", focar em saúde e hábitos, não em aparência. Evitar dietas restritivas e comentários sobre o corpo, que aumentam risco de transtorno alimentar. A SBP (NT nº 63, 2026) pede também que se abandone a expressão "canetas emagrecedoras".

- **Entrevista motivacional** e metas pactuadas com a família inteira.
- **Tratamento comportamental intensivo:** família como unidade; nutrição, atividade física e mudança de comportamento, idealmente **≥ 26 horas de contato em 3–12 meses** (AAP, a partir de 6 anos; pode ser oferecido de 2 a 5 anos).
- **Metas práticas:** eliminar bebidas açucaradas e sucos; água como bebida; refeições em família, sem telas; reduzir ultraprocessados (Guia Alimentar do MS); ≥ 60 min/dia de atividade física moderada a vigorosa; sono adequado para a idade; telas conforme a SBP.
- **Objetivo realista:** em crianças pequenas, manter o peso enquanto cresce já reduz o IMC; nos adolescentes com obesidade grave, perda gradual.
- **Tratar as comorbidades junto** (AAP KAS 4): hipertensão, dislipidemia, pré-diabetes e esteatose melhoram com a perda de peso.

Medicamentos e cirurgia

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Liraglutida	Titulação semanal até 3 mg, conforme bula	1x/dia, SC	Crônico, com reavaliação a cada 3 meses	ANVISA: obesidade ≥ 12 anos e > 60 kg; DM2 ≥ 10 anos; sempre com tratamento comportamental
Semaglutida	Titulação mensal até 2,4 mg, conforme bula	1x/semana, SC	Crônico, com reavaliação	ANVISA: obesidade ≥ 12 anos e > 60 kg; STEP TEENS: -16% do IMC; reganho após suspensão
Tirzepatida	Conforme bula	1x/semana, SC	—	ANVISA pediátrica apenas para DM2 ≥ 10 anos (não para obesidade)
Metformina	Conforme bula	1–2x/dia	—	DM2 ≥ 10 anos; efeito pequeno sobre o peso; uso na resistência insulínica é fora da bula
Orlistate	Conforme bula	Às refeições	—	≥ 12 anos; efeitos gastrointestinais limitam a adesão; única opção do NICE para ≥ 12 anos

- **Quem prescreve medicamento:** adolescente ≥ 12 anos com obesidade, com tratamento comportamental em curso, avaliação de saúde mental e comportamento alimentar, crescimento e puberdade documentados, família capaz de seguimento e **expectativas realistas** (SBP NT nº 63). Contraindicações: gestação, carcinoma medular de tireoide ou NEM2 pessoal/familiar; pancreatite prévia é relativa.
- **Não prescrever:** para adolescente com peso adequado, fins estéticos, perda rápida antes de eventos, produtos manipulados ou sem registro, compra pela internet. Receita em duas vias com retenção.

- **Cirurgia metabólica e bariátrica:** AAP recomenda encaminhar para avaliação a partir de **13 anos com obesidade grave** ($\geq 120\%$ do p95). No Brasil, a Resolução CFM nº 2.429/2025 permite a cirurgia **a partir de 14 anos com IMC > 40 e complicações clínicas**, com equipe multiprofissional e consentimento dos responsáveis; de 16 a 18 anos, com critérios do adulto.
- **Não usar:** "fórmulas" manipuladas, anorexígenos, diuréticos, laxantes, hormônio tireoidiano sem hipotireoidismo, suplementos "termogênicos".

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Hiperglicemia sintomática:** poliúria, polidipsia, noctúria ou enurese nova, perda de peso, glicemia capilar muito alta, cetonúria, vômitos, dor abdominal, taquipneia ou sonolência (cetoacidose ou estado hiperglicêmico hiperosmolar — o DM2 também pode abrir com cetoacidose).
- **Hipertensão estágio 2 com sintomas** (cefaleia intensa, alteração visual, convulsão, déficit neurológico, dor torácica, dispneia) ou PA muito acima do estágio 2.
- **Claudicação ou dor em quadril, coxa ou joelho** no adolescente obeso: epifisiólise do fêmur proximal até prova em contrário — não deixar apoiar o membro.
- **Cefaleia com papiledema, diplopia ou perda visual** (pseudotumor cerebral).
- **Apneia obstrutiva grave:** apneias presenciadas com cianose, sonolência excessiva, sinais de insuficiência cardíaca direita ou hipoventilação.
- **Saúde mental:** ideação suicida, autolesão, transtorno alimentar com bradicardia, hipotensão, desidratação ou distúrbio hidroeletrólítico.
- **Intoxicação ou efeito adverso grave** de medicamento para obesidade (dor abdominal intensa sugestiva de pancreatite ou colecistite, hipoglicemia, desidratação por vômitos).

Como encaminhar

1. Suspeita de cetoacidose: glicemia capilar e cetonúria se disponíveis; **não dar insulina no consultório**; se houver desidratação ou má perfusão e demora no transporte, acesso venoso com soro fisiológico 0,9% conforme orientação do serviço de destino (sem hiper-hidratar, pelo risco de edema cerebral); jejum.
2. Hipertensão sintomática: não baixar a PA de forma abrupta no consultório; contato com o serviço e transporte com monitorização.
3. Suspeita de epifisiólise: imobilizar, sem apoio do membro, transporte deitado; analgesia.
4. Rebaixamento de consciência ou convulsão: posição lateral de segurança, oxigênio, acionar o SAMU (192).
5. Relatório com IMC, PA, glicemia, medicamentos em uso (inclusive GLP-1 e produtos sem prescrição).

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

- "Obesidade não é falta de força de vontade: é uma doença que tratamos juntos, com mudanças da família inteira, sem dietas da moda."
- "O objetivo nesta fase é mudar hábitos. Pequenas metas, mantidas, valem mais do que perdas rápidas."
- Retorno a cada 1–3 meses no início; exames conforme a idade e a presença de comorbidades.
- "Não use remédios para emagrecer sem prescrição e acompanhamento, nem produtos manipulados ou comprados pela internet."
- Procurar o pronto-socorro se: muita sede e xixi, emagrecimento sem motivo, vômitos com dor de barriga ou respiração rápida; dor de cabeça forte com visão embaçada ou dupla; mancar ou dor no quadril ou joelho; paradas na respiração durante o sono com sonolência intensa de dia; falas de morte ou autolesão.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Diagnóstico	IMC escore-z OMS; 5–19 anos > +1 sobrepeso, > +2 obesidade, > +3 grave	Percentis CDC: $\geq$ p85, $\geq$ p95, $\geq$ 120% do p95	Curvas britânicas: > p91 sobrepeso, > p98 obesidade	Segue o NICE	IOTF ou percentis ($\geq$ p85 e $\geq$ p95)
Rastreio de comorbidades	PA, lipídios, glicemia/HbA1c, ALT, ultrassom hepático, sono (Manual 2019)	Lipídios, glicose/HbA1c e ALT $\geq$ 10 anos; PA em toda consulta desde 3 anos	Avaliação de comorbidades e causas; encaminhar se complicações	Segue o NICE	PA, lipídios, glicemia e insulina se cintura > p75
Tratamento de base	Comportamental, familiar, multiprofissional	IHBLT $\geq$ 26 h em 3–12 meses; entrevista motivacional; sem "espera vigilante"	Programas multicomponentes	Segue o NICE	Dieta, atividade física, equipe
Medicamentos	$\geq$ 12 anos, indicações ANVISA, decisão individual, "não automática" (NT 63, 2026)	Oferecer a $\geq$ 12 anos; 8–11 anos por consenso	< 12 anos não; $\geq$ 12 anos só orlistate em serviço especializado	Clínicas especializadas do NHS (obesidade grave com complicações)	Adjuvante em obesidade grave $\geq$ 12 anos, em endocrinologia pediátrica
Cirurgia	CFM 2025: $\geq$ 14 anos, IMC > 40 com complicações	Encaminhar $\geq$ 13 anos com obesidade grave	Excepcional em < 18 anos	Segue o NICE	Após a puberdade, em centros especializados
Estigma	Linguagem sem estigma; abandonar "canetas emagrecedoras"	Abordagem não estigmatizante (KAS 9)	Pedir permissão, linguagem sensível	Segue o NICE	Cita discriminação e isolamento

Leitura: todas as referências concordam que a obesidade é doença crônica, que o tratamento comportamental familiar é a base e que medicamentos e cirurgia são adjuvantes para adolescentes. A principal divergência é a **intensidade**: a AAP 2023 manda oferecer tratamento intensivo desde 6 anos e farmacoterapia a todo adolescente $\geq$ 12 anos com obesidade, enquanto o NICE é restritivo (orlistate apenas, em serviço especializado) e a SBP adota decisão individual, sem prescrição automática. Há também diferença de régua diagnóstica

(escore-z da OMS no Brasil; percentis do CDC nos EUA; curvas britânicas no Reino Unido; IOTF na Espanha) e de idade mínima para cirurgia (13 anos na AAP; 14 anos no CFM).

PONTOS PRÁTICOS

1. Classifique pelo escore-z e lembre a mudança de significado aos 5 anos (+2 é sobrepeso antes e obesidade depois).
2. PA em toda consulta, com manguito adequado; lipídios, glicemia/HbA1c e ALT a partir de 10 anos (antes, se obesidade grave ou fator de risco).
3. Obesidade com baixa estatura ou queda da velocidade de crescimento não é obesidade comum: encaminhe à endocrinologia.
4. Fale de saúde e hábitos, sem culpa; peça permissão, use entrevista motivacional e envolva a família inteira.
5. Agonista de GLP-1 só a partir de 12 anos, dentro da bula, junto com tratamento comportamental e com avaliação de saúde mental; nunca manipulado ou para fins estéticos.
6. Sede e poliúria com perda de peso, dor no quadril com claudicação e cefaleia com alteração visual são urgências.

Veja também, nesta Biblioteca: **"Canetas emagrecedoras" (agonistas de GLP-1) em crianças e adolescentes** e **Ambientes alimentares e saúde de crianças e adolescentes** (Temas atualizados pela SBP); **Deteção precoce do diabetes tipo 1** (Temas atualizados pela SBP); consultas de Puericultura de 5 a 18 anos (IMC em escore-z, PA e lipidograma).

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" — orientações para o pediatra, 2020 (notícia). sbp.com.br
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Endocrinologia. Documentos científicos (lista, incluindo NT 2026 sobre "canetas emagrecedoras" e DC de dislipidemia 2020). sbp.com.br
- American Academy of Pediatrics. Hampl SE et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity, 2023. [Pediatrics](#); resumo das KAS [PDF](#)

- American Family Physician. Breaking Down the AAP Guideline on Childhood Obesity, 2023. aafp.org
- NICE. NG246 — Overweight and obesity management, 2025. nice.org.uk; resumo para prática britânica Patient.info
- AEP. Moreno Aznar LA, Lorenzo Garrido H. Obesidad infantil — Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición, 2023. [PDF](#)
- Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.429/2025 — cirurgia bariátrica e metabólica. portal.cfm.org.br
- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed., 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · 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.