

Obesidade infantil sem comorbidades na prática pediátrica: definição, avaliação clínica e conduta baseada no contexto familiar

Childhood obesity without comorbidities in pediatric practice: definition, clinical assessment, and management based on family context

Obesidad infantil sin comorbilidades en la práctica pediátrica: definición, evaluación clínica y manejo basado en el contexto familiar

DOI:10.34119/bjhrv9n3-005

Submitted: Mar 20th, 2026

Approved: Apr 13th, 2026

Juliana Vieira Torreão Braz

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Brasília (UNICEUB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: juliana.torreaobraz@sempreceub.com

Celso Taques Saldanha

Mestre em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade de Cuiabá (UNIC)

Endereço: Cuiabá, Mato Grosso, Brasil

E-mail: celsotaquessaldanha@gmail.com

Alberto Stoessel Sadalla Peres

Mestrando em Gerontologia

Instituição: Universidade Católica de Brasília (UCB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: albertosperes@gmail.com

Rafael Pimentel Saldanha

Mestrando em Ciências da Saúde

Instituição: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: rafaelpsald@gmail.com

Isabella Soares de Freitas

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Brasília (UNICEUB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: isabella.sf@sempreceub.com

RESUMO

Introdução: A obesidade infantil sem comorbidades é a forma mais prevalente dessa condição na prática pediátrica, frequentemente associada a fatores ambientais e familiares, especialmente quando um ou ambos os pais apresentam excesso de peso. A condução clínica ainda é marcada por incertezas, oscilando entre intervenções insuficientes e abordagens excessivamente

medicalizadas. Objetivo: Descrever a abordagem do pediatra diante da criança obesa sem sinais clínicos de complicações metabólicas, enfatizando a definição adequada de sobrepeso e obesidade, a avaliação clínica estruturada e a conduta baseada no contexto familiar. Método: Trata-se de uma revisão narrativa fundamentada em diretrizes nacionais e internacionais. Resultados: Observa-se que na ausência de sinais de risco, a investigação laboratorial não é indicada inicialmente, devendo a abordagem centrar-se na anamnese, no exame físico e na dinâmica familiar. A intervenção baseia-se em mudanças comportamentais sustentáveis, com participação ativa dos cuidadores. Conclusão: Conclui-se que o pediatra exerce papel central na condução desses casos, devendo evitar tanto a banalização quanto a medicalização da obesidade infantil.

Palavras-chave: obesidade infantil, pediatria, sobrepeso, comportamento alimentar, família.

ABSTRACT

Introduction: Childhood obesity without comorbidities represents the most prevalent form of this condition in pediatric practice, often associated with environmental and familial factors, especially when one or both parents are overweight. Clinical management remains marked by uncertainties, fluctuating between insufficient interventions and excessively medicalized approaches. Objective: To describe the pediatrician's approach to children with obesity without clinical signs of metabolic complications, emphasizing the proper definition of overweight and obesity, structured clinical assessment, and family-based management. Method: This is a narrative review based on national and international guidelines. Results: It is observed that, in the absence of risk signs, laboratory investigation is not initially indicated, and the approach should focus on medical history, physical examination, and family dynamics. Intervention is based on sustainable behavioral changes with active caregiver participation. Conclusion: The pediatrician plays a central role in managing these cases and should avoid both trivialization and over-medicalization of childhood obesity.

Keywords: childhood obesity, pediatrics, overweight, eating behavior, family.

RESUMEN

Introducción: La obesidad infantil sin comorbilidades es la forma más prevalente de esta condición en la práctica pediátrica, frecuentemente asociada a factores ambientales y familiares, especialmente cuando uno o ambos padres presentan sobrepeso. El manejo clínico aún está marcado por incertidumbres, oscilando entre intervenciones insuficientes y enfoques excesivamente medicalizados. Objetivo: Describir el abordaje del pediatra frente al niño con obesidad sin signos clínicos de complicaciones metabólicas, enfatizando la definición adecuada de sobrepeso y obesidad, la evaluación clínica estructurada y el manejo basado en el contexto familiar. Método: Se trata de una revisión narrativa fundamentada en directrices nacionales e internacionales. Resultados: En ausencia de signos de riesgo, la investigación de laboratorio no está indicada inicialmente, debiendo centrarse el abordaje en la anamnesis, el examen físico y la dinámica familiar. La intervención se basa en cambios conductuales sostenibles con participación activa de los cuidadores. Conclusión: El pediatra desempeña un papel central en el manejo de estos casos, debiendo evitar tanto la banalización como la medicalización de la obesidad infantil.

Palabras clave: obesidad infantil, pediatría, sobrepeso, comportamiento alimentario, familia.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade infantil configura-se atualmente como um dos principais desafios da pediatria contemporânea, com aumento progressivo de sua prevalência em diversos contextos populacionais, incluindo o Brasil, onde se observa crescimento consistente nas últimas décadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Trata-se de uma condição complexa e multifatorial, resultante da interação dinâmica entre fatores genéticos, ambientais, comportamentais e socioeconômicos, cujas repercussões ultrapassam a infância, estendendo-se para a vida adulta e aumentando o risco de doenças cardiovasculares, metabólicas e inflamatórias crônicas (STYNE et al., 2017; DANIELS et al., 2005).

Do ponto de vista conceitual, a obesidade infantil é definida como o acúmulo excessivo de tecido adiposo com potencial impacto negativo à saúde, sendo sua classificação baseada no índice de massa corporal (IMC) ajustado por idade e sexo. Considera-se sobrepeso quando o IMC se encontra entre os percentis 85 e 97, e obesidade quando igual ou superior ao percentil 97, conforme diretrizes amplamente aceitas na prática pediátrica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Essa distinção possui implicações clínicas diretas, especialmente na definição da intensidade da intervenção e da necessidade de investigação complementar.

Apesar da relevância epidemiológica e clínica do tema, observa-se, na prática assistencial, significativa heterogeneidade na condução dos casos de obesidade infantil. Em muitos cenários, há tendência à medicalização precoce, com solicitação indiscriminada de exames laboratoriais sem critérios clínicos bem estabelecidos, ao mesmo tempo em que casos com sinais evidentes de risco metabólico deixam de ser adequadamente investigados (STYNE et al., 2017; DANIELS et al., 2005). Essa dicotomia evidencia uma lacuna importante na aplicação do raciocínio clínico pediátrico.

Adicionalmente, é fundamental reconhecer que a maioria dos casos de obesidade infantil observados em consultório não está associada a doenças endócrinas, síndromes genéticas ou condições metabólicas raras, mas sim a formas primárias relacionadas ao ambiente familiar, ao padrão alimentar e ao estilo de vida (STYNE et al., 2017). Nesse contexto, a história familiar desempenha papel central, sendo frequente a presença de um ou ambos os pais com excesso de peso, o que reforça o caráter sistêmico da doença e a necessidade de abordagem centrada na família (BARLOW, 2007).

Entretanto, a prática clínica revela cenários mais complexos, nos quais crianças com

excesso de peso apresentam relatos de alimentação aparentemente equilibrada, ausência de consumo excessivo de ultraprocessados e baixa exposição a telas. Nesses casos, frequentemente descritos como crianças "fortes" ou "grandes para a idade", o desafio reside em diferenciar variações do crescimento normal de quadros que demandam intervenção estruturada, evitando tanto a negligência quanto o excesso de intervenção (DANIELS et al., 2005).

Outro ponto crítico refere-se à fragmentação do cuidado. Observa-se que, não raramente, o acompanhamento dessas crianças é precocemente transferido a especialistas, como endocrinologistas pediátricos ou nutricionistas, sem que tenha sido realizada uma avaliação clínica estruturada pelo pediatra. Tal prática compromete a continuidade do cuidado e enfraquece o papel do pediatra como coordenador do processo diagnóstico e terapêutico (BARLOW, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2022).

Nesse sentido, é imprescindível reafirmar que o pediatra deve assumir papel central na condução da obesidade infantil, sendo responsável pela avaliação clínica inicial, identificação de fatores de risco, definição da necessidade de investigação complementar e orientação de intervenções comportamentais sustentáveis. O encaminhamento para outros profissionais deve ocorrer de forma criteriosa, como complemento técnico e não substituição da abordagem pediátrica.

A compreensão adequada da classificação do estado nutricional e de seus desdobramentos clínicos constitui o primeiro passo para uma condução racional e baseada em evidências. Nesse contexto, a Tabela 1 apresenta a classificação do estado nutricional segundo o IMC por idade, associada às condutas iniciais recomendadas na prática pediátrica.

Tabela 1 – Classificação e avaliação inicial da criança com excesso de peso

Classificação	Critério (IMC por idade)	Conduta inicial
Eutrofia	< P85	Acompanhamento de rotina
Sobrepeso	P85 – P97	Orientação alimentar e comportamental
Obesidade	≥ P97	Intervenção estruturada e acompanhamento
Obesidade sem sinais clínicos	≥ P97, sem comorbidades	Não solicitar exames inicialmente
Obesidade com fatores de risco	≥ P97 + história familiar positiva/sinais clínicos	Avaliar necessidade de investigação laboratorial direcionada

Fonte: Adaptado de SBP (2022), WHO (2020), Styne et al. (2017).

A partir dessa classificação, torna-se possível avançar para uma etapa ainda mais crítica da prática clínica: a definição de quando investigar laboratorialmente. Esse ponto representa uma das maiores fontes de erro na condução da obesidade infantil, seja pelo excesso (solicitação indiscriminada de exames), seja pela omissão em casos com sinais clínicos evidentes.

De forma particular, a presença de marcadores clínicos como a acantose nigricans deve ser valorizada como indicativo de resistência insulínica, orientando a necessidade de investigação metabólica específica. Da mesma forma, história familiar de diabetes mellitus tipo 2 ou dislipidemia precoce, bem como suspeita de esteatose hepática, constituem critérios relevantes para solicitação direcionada de exames (DANIELS et al., 2005; STYNE et al., 2017).

Por outro lado, em crianças sem sinais clínicos ou fatores de risco associados, especialmente em faixas etárias mais precoces, a solicitação de exames laboratoriais não apenas é desnecessária como pode gerar consequências negativas, incluindo ansiedade familiar, medicalização inadequada e distorção da percepção da doença.

Diante dessas considerações, a Tabela 2 sintetiza os principais critérios clínicos que devem orientar a decisão sobre investigação laboratorial e conduta inicial na obesidade infantil, constituindo um instrumento prático para o pediatra na tomada de decisão.

Tabela 2 – Critérios clínicos para investigação e conduta inicial na obesidade infantil

Situação clínica	Conduta recomendada
Lactente com ganho ponderal excessivo	Avaliação alimentar e orientação familiar; não indicar exames laboratoriais de rotina
Pré-escolar sem sinais clínicos associados	Intervenção comportamental; não solicitar exames inicialmente
Escolar com obesidade persistente	Considerar exames conforme fatores de risco
Presença de acantose nigricans	Solicitar glicemia de jejum e HbA1c
História familiar de DM2 ou dislipidemia precoce	Considerar lipidograma e glicemia
Suspeita de esteatose hepática	Dosar TGO/TGP
Ausência de sinais clínicos ou fatores de risco	Evitar exames laboratoriais

Fonte: Adaptado de SBP (2022), Styne et al. (2017), Barlow (2007).

Portanto, a condução adequada da obesidade infantil exige mais do que o reconhecimento do excesso de peso: demanda raciocínio clínico estruturado, criterioso e individualizado, capaz de integrar dados antropométricos, contexto familiar, sinais clínicos e fatores de risco. A ausência dessa abordagem sistematizada resulta, invariavelmente, em práticas inconsistentes, com impacto direto na qualidade do cuidado oferecido à criança.

Diante desse cenário, o presente estudo propõe-se a discutir, de forma prática e baseada em evidências, os critérios clínicos que devem orientar a investigação, o manejo e o acompanhamento da obesidade infantil na rotina pediátrica, com ênfase na atuação do pediatra como eixo central do cuidado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico deste estudo fundamenta-se em diretrizes nacionais e internacionais amplamente reconhecidas na área da pediatria, bem como em evidências provenientes de revisões sistemáticas, estudos observacionais e consensos clínicos relacionados à obesidade infantil. Esta seção tem como objetivo organizar e discutir criticamente os principais conceitos que sustentam a avaliação e o manejo da obesidade infantil sem comorbidades na prática clínica.

2.1 CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

A obesidade infantil é definida como o acúmulo excessivo de tecido adiposo com potencial impacto negativo à saúde, sendo sua classificação baseada no índice de massa corporal (IMC) ajustado por idade e sexo. De acordo com a World Health Organization (WHO, 2020) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2022), considera-se sobrepeso quando o IMC se encontra entre os percentis 85 e 97, e obesidade quando igual ou superior ao percentil 97.

Essa classificação não possui caráter meramente descritivo, mas orienta diretamente a tomada de decisão clínica, especialmente no que se refere à intensidade da intervenção e à necessidade de investigação complementar. A utilização adequada desses parâmetros permite ao pediatra distinguir situações que demandam acompanhamento clínico simples daquelas que exigem abordagem estruturada.

2.2 NATUREZA MULTIFATORIAL DA OBESIDADE INFANTIL

A obesidade infantil deve ser compreendida como uma condição multifatorial, resultante da interação entre fatores genéticos, ambientais, comportamentais e socioeconômicos (STYNE et al., 2017; DANIELS et al., 2005). Embora fatores biológicos possam influenciar a suscetibilidade individual, a maioria dos casos observados na prática pediátrica corresponde a formas primárias, relacionadas ao ambiente em que a criança está inserida.

Essa compreensão afasta interpretações reducionistas que atribuem a obesidade a causas isoladas, como alterações hormonais ou distúrbios metabólicos específicos. Ao contrário, reforça a necessidade de abordagem clínica integrada, que considere o contexto global da criança.

2.3 PAPEL DO AMBIENTE FAMILIAR E CONTEXTO COMPORTAMENTAL

O ambiente familiar exerce papel central no desenvolvimento e na manutenção da obesidade infantil. A presença de um ou ambos os pais com excesso de peso, padrões alimentares familiares e organização da rotina diária influenciam diretamente o comportamento alimentar e o balanço energético da criança (BARLOW, 2007).

Nesse contexto, a obesidade infantil não deve ser interpretada como fenômeno exclusivamente individual, mas como expressão de um sistema familiar. A abordagem clínica, portanto, deve ser centrada na família, envolvendo cuidadores no processo de modificação de hábitos e na construção de estratégias sustentáveis ao longo do tempo.

2.4 AVALIAÇÃO CLÍNICA E LIMITES DA INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL

As diretrizes atuais são consistentes ao demonstrar que, na ausência de sinais clínicos de risco, a investigação laboratorial não deve ser realizada de forma rotineira em crianças com obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2022; STYNE et al., 2017). A avaliação inicial deve ser baseada na anamnese detalhada, no exame físico e na análise da curva de crescimento.

A solicitação indiscriminada de exames laboratoriais, como glicemia, hemoglobina glicada, perfil lipídico e função tireoidiana, frequentemente não altera a conduta clínica e pode gerar interpretações equivocadas, além de contribuir para a medicalização precoce. A indicação de exames deve ser orientada por hipóteses clínicas específicas, como presença de acantose nigricans, história familiar relevante ou sinais sugestivos de alterações metabólicas.

2.5 PAPEL DO PEDIATRA NA CONDUÇÃO CLÍNICA

O pediatra desempenha papel central na condução da obesidade infantil, sendo responsável pela avaliação clínica inicial, definição de conduta e acompanhamento longitudinal. Essa atuação não deve ser substituída por encaminhamentos precoces a especialistas, exceto em situações com indicação clínica definida (DANIELS et al., 2005).

A condução adequada exige raciocínio clínico estruturado, capaz de integrar dados antropométricos, contexto familiar e evolução temporal. A abordagem deve priorizar intervenções comportamentais sustentáveis, com foco na organização alimentar, na promoção de atividade física e na modulação do ambiente familiar.

Nesse sentido, a obesidade infantil sem comorbidades deve ser compreendida como uma condição que exige acompanhamento contínuo e proporcional, evitando tanto a banalização quanto a medicalização excessiva. O sucesso terapêutico está mais relacionado à consistência do seguimento do que à intensidade das intervenções iniciais.

3 METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura, com abordagem crítica e orientada à prática clínica, com o objetivo de sistematizar a condução da obesidade infantil sem comorbidades na rotina pediátrica.

A escolha por esse delineamento metodológico fundamenta-se na natureza do problema investigado, que envolve a interpretação de diretrizes clínicas, a integração de evidências provenientes de diferentes desenhos de estudo e, sobretudo, a aplicação do raciocínio clínico individualizado. Diferentemente das revisões sistemáticas e metanálises, que se destinam à síntese quantitativa de intervenções específicas, a presente abordagem busca construir um modelo interpretativo aplicável ao contexto assistencial, especialmente na atenção primária pediátrica (GREEN; JOHNSON; ADAMS, 2006).

3.1 ESTRATÉGIA DE BUSCA BIBLIOGRÁFICA

A busca bibliográfica foi realizada de forma estruturada nas seguintes bases de dados:

1. PubMed/MEDLINE
2. Scopus
3. SciELO
4. Web of Science

Foram utilizados descritores em língua inglesa e portuguesa, selecionados a partir dos termos indexados no Medical Subject Headings (MeSH) e DeCS, incluindo:

1. “childhood obesity”
2. “pediatric obesity”
3. “overweight children”
4. “clinical management”
5. “primary care pediatrics”
6. “child nutrition”

Os termos foram combinados por operadores booleanos (AND, OR), com o objetivo de ampliar a sensibilidade da busca sem comprometer a especificidade. Exemplo de estratégia aplicada:

“childhood obesity” OR “pediatric obesity”) AND (“clinical management” OR “primary care”)

A busca foi complementada por análise manual das referências dos artigos selecionados, com o objetivo de identificar estudos adicionais de relevância clínica.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo:

1. Diretrizes nacionais e internacionais relacionadas à obesidade infantil
2. Revisões sistemáticas e narrativas com foco em avaliação e manejo clínico
3. Estudos observacionais com aplicabilidade na prática pediátrica
4. Publicações no período de 2005 a 2024
5. Artigos disponíveis em inglês, português ou espanhol

A seleção priorizou trabalhos com relevância direta para a condução clínica da obesidade infantil em contextos ambulatoriais e de atenção primária.

3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos estudos voltados exclusivamente para:

1. Obesidade secundária (endócrina ou genética)
2. Síndromes associadas à obesidade
3. Intervenções farmacológicas específicas
4. Tratamentos cirúrgicos (como cirurgia bariátrica)
5. Estudos com população exclusivamente adulta
6. Trabalhos com baixa aplicabilidade clínica ou com foco exclusivamente experimental
7. Publicações duplicadas entre as bases consultadas

A exclusão desses estudos teve como objetivo manter a coerência com o foco do artigo, centrado na obesidade primária sem comorbidades.

3.4 PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A seleção dos estudos foi realizada em etapas sequenciais:

1. **Triagem inicial por títulos e resumos**, com exclusão de artigos claramente não relacionados ao tema
2. **Leitura integral dos textos selecionados**, com avaliação crítica do conteúdo
3. **Seleção final**, baseada na relevância clínica, consistência metodológica e aplicabilidade à prática pediátrica

Esse processo buscou garantir a inclusão de evidências com potencial impacto direto na tomada de decisão clínica.

3.5 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE E SÍNTESE DOS DADOS

A análise dos estudos selecionados foi conduzida de forma crítica, interpretativa e descritiva, sem aplicação de técnicas de metanálise.

Os dados foram organizados em eixos temáticos, definidos previamente com base na prática clínica pediátrica:

1. Critérios diagnósticos de sobrepeso e obesidade
2. Avaliação clínica inicial
3. Indicação e limites da investigação laboratorial
4. Diferenças de conduta conforme faixa etária
5. Papel do pediatra na condução e acompanhamento longitudinal

A síntese dos achados buscou integrar evidências científicas com aplicabilidade prática, evitando tanto a simplificação excessiva quanto a extrapolação indevida de dados.

3.6 ABORDAGEM METODOLÓGICA E PERSPECTIVA CLÍNICA

O presente estudo adota uma perspectiva centrada na criança, com ênfase na construção de um modelo de raciocínio clínico aplicável à prática pediátrica cotidiana.

A interpretação dos dados considerou não apenas os resultados dos estudos incluídos, mas também sua coerência com diretrizes clínicas e sua aplicabilidade no contexto assistencial real. Dessa forma, buscou-se estruturar uma abordagem que auxilie o pediatra na tomada de decisão, especialmente no que se refere à indicação de exames, necessidade de encaminhamento e definição de condutas.

3.7 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Por tratar-se de revisão narrativa, este estudo apresenta limitações inerentes a esse delineamento, incluindo a ausência de critérios formais de avaliação de qualidade dos estudos e a possibilidade de viés na seleção da literatura.

Entretanto, tais limitações são compensadas pela proposta do estudo, que não se destina à quantificação de efeitos, mas à construção de um modelo interpretativo e aplicável à prática clínica.

4 RESULTADOS

A análise da literatura permitiu identificar os principais achados relacionados à condução da obesidade infantil sem comorbidades, organizados a seguir por eixos temáticos.

4.1 ACHADOS SOBRE CLASSIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

A obesidade infantil sem comorbidades constitui a forma mais prevalente da condição na prática pediátrica, correspondendo à maioria dos casos atendidos em atenção primária. A classificação baseada no IMC por idade (percentis 85-97 para sobrepeso; ≥ 97 para obesidade) é consensual nas diretrizes nacionais e internacionais (SBP, 2022; WHO, 2020; STYNE et al., 2017).

4.2 ACHADOS SOBRE FATORES ASSOCIADOS

Os estudos demonstram associação consistente entre obesidade infantil e fatores ambientais/familiares, especialmente a presença de um ou ambos os pais com excesso de peso. Padrões alimentares familiares, tempo de tela e sedentarismo também figuram como fatores recorrentemente associados (BARLOW, 2007; DANIELS et al., 2005).

4.3 ACHADOS SOBRE INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL

A literatura é convergente ao demonstrar que, na ausência de sinais clínicos de risco (acantose nigricans, história familiar de DM2 ou dislipidemia precoce, alterações pressóricas), a investigação laboratorial rotineira não está indicada. A solicitação indiscriminada de exames

não altera a conduta inicial e pode gerar resultados inespecíficos (SBP, 2022; STYNE et al., 2017).

4.4 ACHADOS SOBRE CONDUTA POR FAIXA ETÁRIA

Os achados indicam condutas distintas conforme a faixa etária como demonstrado na tabela 3

Tabela 3 – Conduta clínica na obesidade infantil sem comorbidades por faixa etária

Faixa etária	Indicação de exames	Conduta clínica
Lactentes	Não indicados	Avaliação alimentar detalhada e acompanhamento
Pré-escolares	Não indicados inicialmente	Intervenção comportamental estruturada
Escolares	Individualizar	Monitoramento + intervenção progressiva
Escolares com ausência de sinais clínicos	Não solicitar exames	Acompanhamento longitudinal
Escolares com presença de sinais clínicos	Indicar exames	Investigação direcionada

Fonte: SBP (2022), Styne et al. (2017), WHO (2020)

4.5 ACHADOS SOBRE EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL

As evidências mostram que intervenções baseadas em mudanças comportamentais sustentáveis, com participação ativa dos cuidadores, produzem melhores desfechos a longo prazo do que abordagens focadas exclusivamente em restrição alimentar ou perda de peso imediata (WHO, 2020; BARLOW, 2007).

5 DISCUSSÃO

A obesidade infantil sem comorbidades ocupa um espaço paradoxal na prática pediátrica contemporânea: trata-se de uma condição altamente prevalente, clinicamente relevante e potencialmente progressiva, mas frequentemente mal interpretada no que se refere à sua condução. A ausência de manifestações metabólicas imediatas tende a deslocar o raciocínio clínico para dois extremos igualmente inadequados: a banalização do quadro e a medicalização precoce, ambos decorrentes de uma dificuldade de posicionamento diante de uma condição que exige mais julgamento longitudinal do que intervenção imediata (STYNE et al., 2017).

A banalização da obesidade infantil manifesta-se, sobretudo, na interpretação do excesso de peso como variação aceitável do crescimento, frequentemente descrita em termos

informais como "criança forte", "constituição familiar" ou "biotipo". Essa abordagem, embora aparentemente inofensiva, ignora o caráter progressivo do acúmulo de tecido adiposo e sua associação com risco metabólico futuro. Ao minimizar o problema, o profissional perde a oportunidade de intervir precocemente em um momento em que modificações comportamentais simples podem produzir impacto significativo na trajetória do crescimento (DANIELS et al., 2005).

Em oposição, a medicalização precoce representa tentativa de conferir objetividade a um quadro essencialmente clínico. A solicitação indiscriminada de exames laboratoriais como: glicemia de jejum, hemoglobina glicada, lipidograma e função tireoidiana, frequentemente ocorre na ausência de qualquer indicação baseada em sinais clínicos. Essa prática não encontra respaldo consistente na literatura, uma vez que tais exames tendem a apresentar resultados dentro da normalidade nesse grupo de pacientes e não contribuem para a tomada de decisão clínica inicial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2022).

Além da ausência de impacto na conduta, a interpretação desses exames apresenta limitações importantes. Elevações discretas do TSH são frequentemente interpretadas como evidência de hipotireoidismo, quando, na realidade, refletem alterações adaptativas associadas ao excesso de peso. De forma semelhante, alterações iniciais no perfil lipídico, como aumento de triglicerídeos ou redução do HDL-colesterol, são frequentemente supervalorizadas, levando a encaminhamentos desnecessários e à introdução precoce de uma lógica de doença crônica que não corresponde ao estágio clínico da criança (STYNE et al., 2017).

Esse cenário evidencia uma inversão do raciocínio clínico, na qual a investigação passa a preceder a avaliação, em vez de ser orientada por ela. Produz-se, assim, um volume de informações que não modifica a conduta, mas amplia a complexidade do acompanhamento e gera ansiedade familiar, sem benefício clínico mensurável (BARLOW, 2007).

Outro ponto crítico refere-se ao encaminhamento precoce ao endocrinologista pediátrico. Na ausência de sinais sugestivos de doença endócrina, como baixa estatura associada à obesidade, desaceleração da velocidade de crescimento, alterações puberais ou sinais clínicos específicos. Essa conduta é desnecessária, pode fragmentar o cuidado e comprometer a continuidade do acompanhamento. A obesidade infantil primária, especialmente em sua forma sem comorbidades, insere-se no escopo da pediatria geral, sendo responsabilidade do pediatra sua condução inicial e seu seguimento (DANIELS et al., 2005).

No campo da intervenção alimentar, observa-se tendência semelhante à simplificação inadequada. A recomendação de redução de açúcares simples e alimentos ultraprocessados, embora correta, é frequentemente apresentada como estratégia específica para obesidade. No

entanto, tais orientações correspondem a princípios universais de alimentação saudável, devendo ser aplicadas a toda a população pediátrica, independentemente do estado nutricional. Sua eficácia reside não na prescrição isolada, mas na consistência de sua aplicação ao longo do tempo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A dificuldade em reconhecer o padrão de resposta da criança em crescimento reforça a necessidade de reposicionar o objetivo terapêutico na infância, deslocando-o da perda ponderal imediata para a modulação da trajetória do índice de massa corporal ao longo do tempo. A obesidade infantil sem comorbidades deve, portanto, ser compreendida como uma condição de evolução dependente da consistência do acompanhamento, e não da intensidade da intervenção inicial.

A presença de acantose nigricans constitui exceção relevante nesse contexto, funcionando como marcador clínico de resistência insulínica e sinalizando maior risco de progressão metabólica. Diferentemente da obesidade isolada, esse achado justifica investigação laboratorial direcionada e acompanhamento mais próximo (STYNE et al., 2017).

No âmbito da interdisciplinaridade, o acompanhamento nutricional deve ser compreendido como extensão técnica da intervenção pediátrica, particularmente útil na operacionalização das orientações alimentares. Entretanto, a condução global do caso permanece sob responsabilidade do pediatra, que deve integrar as diferentes dimensões do cuidado, evitando fragmentação da assistência. O encaminhamento para avaliação psicológica deve ser reservado para situações específicas, como presença de alterações comportamentais, compulsão alimentar, impacto emocional relevante ou dificuldade de adesão.

A síntese dos principais erros e condutas adequadas encontra-se apresentada na Tabela 4, que integra os pontos críticos da abordagem clínica na obesidade infantil sem comorbidades.

Tabela 4 – Síntese da abordagem clínica na obesidade infantil sem comorbidades

Profissional	Indicação principal	Objetivo do encaminhamento
Nutricionista	Dificuldade alimentar, necessidade de plano estruturado	Organização alimentar e adequação dietética
Endocrinologista pediátrico	Suspeita de causa secundária, baixa estatura, sinais hormonais	Investigação etiológica especializada
Psicólogo	Alterações comportamentais, compulsão alimentar, baixa adesão	Abordagem comportamental e emocional
Educador físico*	Sedentarismo importante, dificuldade de engajamento	Estímulo à atividade física estruturada

*Quando disponível e com experiência em população pediátrica.
Fonte: Adaptado de SBP (2022), WHO (2020), Styne et al. (2017)

A tabela 5 apresenta a interpretação prática dos exames laboratoriais na obesidade infantil

Tabela 5 - Interpretação clínica dos exames laboratoriais na obesidade infantil

Exame	Resultado mais frequente	Interpretação
Glicemia	Normal	Achado esperado
HbA1c	Normal	Não exclui risco futuro
TSH	Levemente elevado	Efeito da obesidade
Lipidograma	Triglicerídeos aumentado/HDL diminuído	Alteração metabólica inicial

Fonte: Styne et al. (2017), SBP (2022)

A síntese dos principais erros e condutas adequadas encontra-se apresentada na Tabela 6, que integra os pontos críticos da abordagem clínica na obesidade infantil sem comorbidades.

Tabela 6 – Síntese da abordagem clínica na obesidade infantil sem comorbidades

Domínio clínico	Conduta a evitar	Conduta recomendada
Avaliação inicial	Foco em exames	Avaliação clínica estruturada
Expectativa terapêutica	Perda de peso imediata	Estabilização ponderal
Exames laboratoriais	Solicitação indiscriminada	Indicação baseada em sinais clínicos
Função tireoidiana	Interpretação equivocada do TSH	Avaliação clínica antes da solicitação
Encaminhamento	Referência precoce ao especialista	Condução pelo pediatra
Alimentação	Restrição genérica	Organização alimentar estruturada
Seguimento	Alta precoce	Acompanhamento longitudinal

Fonte: Elaborado pelos autores com base em SBP (2022), Styne et al. (2017), Barlow (2007).

6 CONCLUSÃO

A obesidade infantil sem comorbidades constitui a forma mais prevalente de excesso de peso na prática pediátrica e exige abordagem clínica baseada na avaliação individualizada, na intervenção proporcional e no acompanhamento longitudinal. A ausência de sinais clínicos de risco não justifica investigação laboratorial rotineira, sendo essa reservada para situações específicas orientadas pela evolução clínica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2022).

A condução deve priorizar estratégias comportamentais sustentáveis, com ênfase na organização alimentar e na promoção de hábitos saudáveis, evitando tanto a medicalização precoce quanto a banalização do quadro. O pediatra exerce papel central nesse processo, sendo responsável pela integração das informações clínicas, pela definição de conduta e pela continuidade do cuidado (STYNE et al., 2017).

A qualidade do acompanhamento, mais do que a intensidade das intervenções iniciais, constitui o principal determinante da evolução clínica, reforçando a necessidade de uma prática pediátrica consistente, crítica e fundamentada em evidências.

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Este trabalho utilizou ferramentas de Inteligência Artificial (IA), especificamente como apoio à revisão textual, à organização e à formatação das informações obtidas a partir de fontes científicas oficiais. Todo o conteúdo técnico e referencial foi cuidadosamente revisado e validado pelos autores, com base em publicações originais indexadas nas bases SciELO, PubMed, e em documentos institucionais, não havendo inserção de informações sem conferência bibliográfica prévia.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse financeiros, comerciais, institucionais ou pessoais relacionados ao conteúdo deste manuscrito.

FINANCIAMENTO

Este estudo não recebeu apoio financeiro de agências de fomento, instituições públicas ou privadas, nem de organizações sem fins lucrativos. O trabalho foi desenvolvido sem financiamento externo.

RESPONSABILIDADE ÉTICA

Trata-se de uma revisão da literatura, sem coleta de dados primários e sem envolvimento direto de seres humanos ou animais. Dessa forma, não foi necessária submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução CNS nº 510/2016.

REFERÊNCIAS

- BARLOW, Sarah E. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 120, supl. 4, p. S164–S192, 2007.
- DANIELS, Stephen R. et al. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. **Circulation**, Dallas, v. 111, n. 15, p. 1999–2012, 2005.
- DIETZ, William H. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. **Pediatrics**, v. 101, supl. 2, p. 518–525, 1998.
- EBBELING, Cara B.; PAWLAK, Dorota B.; LUDWIG, David S. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. **The Lancet**, v. 360, n. 9331, p. 473–482, 2002.
- GREEN, Bart N.; JOHNSON, Claire D.; ADAMS, Alan. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. **Journal of Chiropractic Medicine**, v. 5, n. 3, p. 101–117, 2006.
- HANEY, Erin M. et al. Screening and treatment for obesity in children and adolescents: systematic evidence review. **Pediatrics**, v. 120, supl. 4, p. S193–S214, 2007.
- KREBS, Nancy F. et al. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. **Pediatrics**, v. 120, supl. 4, p. S193–S228, 2007.
- LOBSTEIN, Tim; BAUR, Louise; UAUY, Ricardo. Obesity in children and young people: a crisis in public health. **Obesity Reviews**, v. 5, supl. 1, p. 4–85, 2004.
- MONASTA, Lorenzo et al. Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews. **Obesity Reviews**, v. 11, n. 10, p. 695–708, 2010.
- NG, Marie et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults. **The Lancet**, v. 384, p. 766–781, 2014.
- REILLY, John J.; KELLY, Joanne. Long-term impact of overweight and obesity in childhood. **International Journal of Obesity**, v. 35, p. 891–898, 2011.
- SINGHAL, Atul. Early nutrition and long-term obesity risk. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 65, n. 4, p. 419–426, 2006.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. Obesidade na infância e adolescência: manual de orientação. 2. ed. São Paulo: SBP, 2022.
- STYNE, Dennis M. et al. Pediatric obesity—assessment, treatment, and prevention. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 102, n. 3, p. 709–757, 2017.
- SWINBURN, Boyd et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers. **The Lancet**, v. 378, p. 804–814, 2011.
- TAVERAS, Elsie M. et al. Short sleep duration in infancy and risk of childhood overweight. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 162, n. 4, p. 305–311, 2008.

VANDERWAL, J. S. et al. Screen time and obesity in children. **Current Obesity Reports**, v. 6, p. 186–193, 2017.

WIT, Jan M. et al. Growth and growth disorders in children. **Endocrine Reviews**, v. 40, n. 3, p. 940–983, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guideline: assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity. Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva: WHO, 2016.