Recomendações sobre o Manejo Integrado da Obesidade em Crianças e Adolescentes

Recomendaciones sobre el Manejo Integrado de la Obesidad en Niños, Niñas y Adolescentes

Recommendations on the Integrated Management of Obesity in Children and Adolescents

Maria Teresa Rossetti Massari,
Priscilla Paiva Gê Vilella dos Santos e
Maria Auxiliadora Souza Mendes Gomes

Resumo: A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 7 de outubro de 2026, suas primeiras diretrizes globais para o manejo da obesidade em crianças e adolescentes, com recomendações baseadas em evidências para qualificar o cuidado e orientar a atuação dos sistemas e profissionais de saúde. Em 2024, cerca de 170 milhões de pessoas de 5 a 19 anos viviam com obesidade no mundo, cuja prevalência nessa faixa etária quadruplicou desde 1990, passando de 2% para 8%. As diretrizes destacam a importância de uma abordagem integral e centrada na pessoa, que combine alimentação saudável, atividade física e mudanças comportamentais, que considere a saúde mental e envolva as famílias. Também ressaltam que o enfrentamento da obesidade exige ações para além do tratamento individual, incluindo políticas públicas que favoreçam ambientes saudáveis e ampliem o acesso a cuidados de qualidade.

Palavras-chave: Obesidade Infantil; Criança; Adolescente; Promoção da Saúde; Exercício Físico.

Resumen: *La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó, el 7 de octubre de 2026, sus primeras directrices mundiales para el manejo de la obesidad en niños, niñas y adolescentes, con recomendaciones basadas en la evidencia para mejorar la atención y orientar la actuación de los sistemas y profesionales de la salud. En 2024, aproximadamente 170 millones de personas de entre 5 y 19 años vivían con obesidad en el mundo, y la prevalencia en este grupo de edad se cuadruplicó desde 1990, pasando del 2 % al 8 %. Las directrices destacan la importancia de un enfoque integral y centrado en la persona, que combine una alimentación saludable, actividad física y cambios conductuales, tenga en cuenta la salud mental e involucre a las familias. También subrayan que abordar la obesidad requiere medidas que vayan más allá del tratamiento individual, incluidas políticas públicas que promuevan entornos saludables y amplíen el acceso a una atención de calidad.*

Palabras clave: *Obesidad Infantil; Niño; Adolescente; Promoción de la Salud; Ejercicio Físico.*

Abstract: *The World Health Organization (WHO) published its first global guidelines for the management of obesity in children and adolescents on October 7, 2026, providing evidence-based recommendations to improve care and guide the actions of health systems and professionals. In 2024, approximately 170 million people aged 5–19 worldwide were living with obesity, with prevalence in this age group quadrupling since 1990, from 2% to 8%. The guidelines highlight the importance of a comprehensive, person-centred approach that combines healthy*

eating, physical activity and behavioural changes, takes mental health into account, and involves families. They also emphasize that addressing obesity requires action beyond individual treatment, including public policies that promote healthy environments and expand access to quality care.

Keywords: *Pediatric Obesity; Child; Adolescent; Health Promotion; Exercise.*

Introdução

A obesidade infantil e na adolescência constitui um dos principais desafios de saúde pública da atualidade. As diretrizes lançadas essa semana pela Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizam a atenção primária à saúde como eixo do cuidado, defendendo estratégias combinadas de alimentação saudável, atividade física, intervenções comportamentais, promoção do sono saudável, redução do comportamento sedentário, tecnologias digitais e, em situações específicas, terapias farmacológicas e cirurgia bariátrica. O manejo deve ocorrer sem estigmatização, respeitando diversidade cultural, condição socioeconômica, desenvolvimento físico e saúde mental.

A OMS define:

- Recém-nascido ou neonato o indivíduo nos primeiros 28 dias de vida;
- Lactente, aquele com idade entre 29 dias e menos de 12 meses;
- Criança na primeira infância, aquela com idade entre 12 meses e menos de 3 anos;
- Criança em idade pré-escolar, aquela com idade entre 3 e menos de 5 anos;
- Criança em idade escolar, aquela com idade entre 5 e menos de 10 anos; e
- Adolescente, aquele com idade entre 10 e 19 anos.

A Classificação Internacional de Doenças da OMS, 11ª Revisão (CID-11), define a obesidade como “uma doença crônica complexa, caracterizada pelo excesso de adiposidade, que pode comprometer a saúde. Na maioria dos casos, trata-se de uma doença multifatorial, decorrente de ambientes obesogênicos, fatores psicossociais e variantes genéticas”.

Diante do aumento da prevalência da obesidade infantil nos Estados-Membros, são necessárias medidas fundamentadas na prática clínica e no conhecimento científico para enfrentar essa condição e seus efeitos sobre a saúde geral, o surgimento precoce de outras doenças não transmissíveis, o desempenho educacional, a obesidade na vida adulta e a qualidade de vida.

Escopo e finalidade, objetivos e público-alvo

A diretriz tem como objetivo oferecer aos Estados-Membros e seus parceiros recomendações clínicas e de saúde pública globais, claras e fundamentadas na prática e no conhecimento científico, que possam ser adotadas e adaptadas a diferentes contextos. As recomendações são voltadas ao manejo integrado e ao cuidado de crianças e adolescentes com obesidade, em toda a sua diversidade, com idade entre 29 dias e menos de 19 anos, visando à melhoria da saúde e da capacidade funcional e à redução das limitações associadas à obesidade, por meio de uma abordagem baseada na Atenção Primária à Saúde.

A expressão “em toda a sua diversidade” reconhece a singularidade de cada criança e promove a inclusão, por meio de políticas e ações que considerem as diferentes necessidades e experiências.

Esta diretriz contempla intervenções realizadas no âmbito da atenção primária à saúde, incluindo, entre outras, terapia dietética; atividade física, higiene do sono e comportamentos sedentários; intervenções para mudança de comportamento; intervenções multimodais; intervenções digitais em saúde; intervenções farmacológicas; e cirurgias relacionadas ao controle do peso.

O processo de elaboração da diretriz considerou as perspectivas dos indivíduos e das comunidades, bem como dos diferentes setores envolvidos, além dos sistemas de saúde.

O público-alvo prioritário da diretriz inclui tomadores de decisão e formuladores de políticas de saúde pública dos ministérios da saúde e de outros órgãos relacionados, nos níveis nacional, subnacional e local. A publicação também é relevante para profissionais de saúde e gestores de programas integrados de saúde e de sistemas de atenção à saúde.

Além disso, as recomendações podem subsidiar o trabalho de organizações não governamentais, outras instituições e sociedades profissionais envolvidas no planejamento e na gestão de intervenções voltadas a crianças com obesidade, bem como de outras ações relacionadas à saúde e ao bem-estar. Por fim, a diretriz pode contribuir para informar a população em geral, incluindo pais e responsáveis por crianças com obesidade.

Questões-chave para o desenvolvimento da diretriz

As questões-chave que orientaram o desenvolvimento desta diretriz estão apresentadas a seguir.

1. Intervenções dietéticas — Em crianças e adolescentes com obesidade, qual é o efeito da intervenção dietética, em comparação com a ausência de intervenção, no contexto clínico do manejo integrado da obesidade, para melhorar a saúde e a funcionalidade e reduzir as incapacidades associadas à obesidade?

2. Atividade física — Em crianças e adolescentes com obesidade, qual é o efeito da atividade física, em comparação com a ausência de intervenção, no manejo integrado da obesidade, para melhorar a saúde e a funcionalidade e reduzir as incapacidades associadas à obesidade?

3. Comportamento sedentário — Em crianças e adolescentes com obesidade, quais características do comportamento sedentário, considerando diferentes durações, frequências, padrões ou tipos de comportamento, estão associadas à melhora da saúde e da funcionalidade e à redução das incapacidades associadas à obesidade no contexto do manejo integrado da obesidade?

4. Sono — No contexto do manejo integrado da obesidade, crianças e adolescentes com obesidade devem melhorar o sono e/ou a higiene do sono, considerando diferentes durações, frequências ou padrões, avaliados por métodos objetivos e subjetivos, para melhorar a saúde e a funcionalidade e reduzir as incapacidades associadas à obesidade?

5. Intervenções para mudança de comportamento — Em crianças e adolescentes com obesidade, qual é o efeito das intervenções para mudança de comportamento, em comparação

com a ausência de intervenção, no contexto clínico do manejo integrado da obesidade, para melhorar a saúde e a funcionalidade e reduzir as incapacidades associadas à obesidade?

6. Intervenções de saúde digital — Em crianças e adolescentes com obesidade, qual é o efeito das intervenções de saúde digital, em comparação com a ausência de intervenção, no contexto clínico do manejo integrado da obesidade, para melhorar a saúde e a funcionalidade e reduzir as incapacidades associadas à obesidade?

7. Tratamento farmacológico — Em crianças e adolescentes com obesidade, qual é o efeito das intervenções farmacológicas, em comparação com a ausência de intervenção, no contexto clínico do manejo integrado da obesidade, para melhorar a saúde e a funcionalidade e reduzir as incapacidades associadas à obesidade?

8. Alternativas a medicamentos associados ao ganho de peso — Em crianças e adolescentes com obesidade, a substituição de medicamentos reconhecidamente associados ao ganho de peso por alternativas terapêuticas, em comparação com a ausência de mudança na medicação, no contexto clínico do manejo integrado da obesidade, melhora a saúde e a funcionalidade e reduz as incapacidades associadas à obesidade?

9. Cirurgia bariátrica — Em crianças e adolescentes com obesidade, qual é o efeito do *bypass* gástrico e de outras modalidades de cirurgia bariátrica, em comparação com a ausência de intervenção, no contexto clínico do manejo integrado da obesidade, para melhorar a saúde e a funcionalidade e reduzir as incapacidades associadas à obesidade?

10. Dispositivos para perda ou controle do peso — Em crianças e adolescentes com obesidade, qual é o efeito dos dispositivos destinados à perda ou ao controle do peso, em comparação com a ausência de intervenção, no contexto clínico do manejo integrado da obesidade, para melhorar a saúde e a funcionalidade e reduzir as incapacidades associadas à obesidade?

11. Intervenções multimodais — Em crianças e adolescentes com obesidade, qual é o efeito das intervenções multimodais conduzidas por uma equipe multiprofissional, em comparação com o cuidado padrão, no contexto clínico do manejo integrado da obesidade, para melhorar a saúde e a funcionalidade e reduzir as incapacidades associadas à obesidade?

Recomendações, justificativas e observações

- **Intervenções dietéticas**

Recomendação: A diretriz recomenda que esta intervenção componha o manejo integrado da obesidade, considerando idade, estado de saúde, contexto cultural, preferências individuais, saúde mental e participação familiar. O planejamento deve ser individualizado e realizado por profissionais capacitados.
Força da recomendação: forte.
Qualidade das evidências: muito baixa.

Justificativa

Em ambas as diretrizes, o Grupo de Desenvolvimento (GDP) concluiu que os benefícios potenciais superam os riscos. Embora a qualidade das evidências seja predominantemente baixa ou muito baixa, as intervenções demonstraram potencial para melhorar indicadores

antropométricos, qualidade de vida, bem-estar físico e adesão ao tratamento. Também foram considerados aspectos de aceitabilidade, viabilidade, equidade e custos para famílias e sistemas de saúde.

As recomendações reconhecem que a obesidade resulta de interação entre ambiente, fatores genéticos, condições psicossociais e determinantes sociais. Dessa forma, medidas isoladas raramente são suficientes, sendo necessário combinar abordagens clínicas, familiares, escolares e comunitárias.

As modificações alimentares geralmente buscam reduzir a ingestão energética total e incluem, entre outras estratégias:

- Restrição do conteúdo calórico, com ingestão energética habitual ou reduzida.
- Alteração da distribuição ou composição dos macronutrientes, incluindo dietas com baixo teor de carboidratos, alto teor de proteínas, baixo teor de gorduras, ricas em ômega-3 ou em ácidos graxos poli-insaturados (AGPI), além da dieta cetogênica.
- Restrição de componentes específicos, como dietas com baixo teor de sal ou açúcar, alto teor de fibras, sem aditivos alimentares, com menor consumo de alimentos industrializados atualmente classificados como ultraprocessados ou com baixo índice glicêmico.
- Adoção de padrões alimentares específicos, como a dieta mediterrânea, o padrão alimentar da Associação Americana do Coração (American Heart Association), dietas baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados e dietas ricas em carboidratos complexos.

Observações

A implementação das recomendações deve considerar vulnerabilidade social, insegurança alimentar, necessidades de pessoas com deficiência, barreiras de acesso aos serviços de saúde e disponibilidade de recursos locais. O acompanhamento deve ser longitudinal e multidisciplinar, podendo incluir nutricionistas, médicos, psicólogos, profissionais de educação física, enfermeiros e assistentes sociais. O sucesso terapêutico não deve ser medido apenas por perda de peso, mas também por melhora funcional, qualidade de vida, comportamento saudável e saúde mental.

- **Atividade física, comportamento sedentário e sono**

Recomendação: A OMS recomenda que esta intervenção componha o manejo integrado da obesidade, considerando idade, estado de saúde, contexto cultural, preferências individuais, saúde mental e participação familiar. O planejamento deve ser individualizado e realizado por profissionais capacitados.
Força da recomendação: forte.
Qualidade das evidências: muito baixa.

Justificativa

Ambas as diretrizes concluem que os benefícios potenciais superam os riscos. Embora a qualidade das evidências seja predominantemente baixa ou muito baixa, as intervenções demonstraram potencial para melhorar indicadores antropométricos, qualidade de vida, bem-

estar físico e adesão ao tratamento. Também foram considerados aspectos de aceitabilidade, viabilidade, equidade e custos para famílias e sistemas de saúde.

As recomendações reconhecem que a obesidade resulta de interação entre ambiente, fatores genéticos, condições psicossociais e determinantes sociais. Dessa forma, medidas isoladas raramente são suficientes, sendo necessário combinar abordagens clínicas, familiares, escolares e comunitárias.

Especificidades para crianças (0 a 9 anos)

Nas crianças pequenas, o protagonismo do cuidado recai principalmente sobre pais, responsáveis e cuidadores. As recomendações ressaltam a formação precoce de hábitos alimentares, organização do ambiente familiar, uso de atividades lúdicas e necessidade de proteção do crescimento e desenvolvimento. Em geral, a OMS adota posição mais conservadora quanto a intervenções invasivas, não recomendando farmacoterapia, cirurgia bariátrica ou dispositivos para perda de peso.

As diretrizes da OMS de 2020 sobre atividade física e comportamento sedentário para crianças menores de 5 anos apresentam recomendações aplicáveis independentemente de gênero, contexto cultural ou condição socioeconômica. As recomendações incluem:

- Lactentes com menos de 1 ano: devem ser fisicamente ativos várias vezes ao dia, de diferentes formas, especialmente por meio de brincadeiras interativas no chão. Quanto mais atividade, melhor. Para aqueles que ainda não se locomovem, isso inclui pelo menos 30 minutos, distribuídos ao longo do dia, em posição de bruços enquanto estão acordados.
- Crianças de 1 a 2 anos: devem realizar pelo menos 180 minutos de atividades físicas variadas, em qualquer intensidade, incluindo atividades de intensidade moderada a vigorosa, distribuídas ao longo do dia. Quanto mais atividade, melhor.
- Crianças de 3 a 4 anos: devem realizar pelo menos 180 minutos de atividades físicas variadas, em qualquer intensidade, dos quais pelo menos 60 minutos devem corresponder a atividades de intensidade moderada a vigorosa, distribuídas ao longo do dia. Quanto mais atividade, melhor.
- Crianças a partir de 5 anos: devem praticar, em média, pelo menos 60 minutos diários de atividade física predominantemente aeróbica, de intensidade moderada a vigorosa, ao longo da semana.
- Crianças a partir de 5 anos: atividades aeróbicas de intensidade vigorosa, assim como aquelas que fortalecem músculos e ossos, devem ser incorporadas à rotina pelo menos três dias por semana.

Especificidades para adolescentes (10 a 19 anos)

Nos adolescentes, a diretriz valoriza progressivamente a autonomia, a tomada compartilhada de decisão e a participação ativa do jovem no tratamento. Aspectos relacionados à imagem corporal, relações sociais, influência dos pares, autoestima e independência ganham maior relevância. Em situações específicas e após falha de estratégias multimodais, podem ser consideradas farmacoterapia e cirurgia bariátrica em serviços especializados.

As diretrizes da OMS de 2020 sobre atividade física e comportamento sedentário apresentam recomendações para adolescentes, independentemente de gênero, contexto cultural ou condição socioeconômica. As recomendações incluem:

- Os adolescentes devem praticar, ao longo da semana, uma média de pelo menos 60 minutos por dia de atividade física de intensidade moderada a vigorosa, predominantemente aeróbica.
- Atividades aeróbicas de intensidade vigorosa, bem como aquelas que fortalecem músculos e ossos, devem ser incorporadas pelo menos três dias por semana.

As mesmas diretrizes recomendam que crianças e adolescentes de 5 a 17 anos limitem o tempo dedicado a comportamentos sedentários, especialmente o tempo de tela para fins recreativos.

Observações

A implementação das recomendações deve considerar vulnerabilidade social, insegurança alimentar, necessidades de pessoas com deficiência, barreiras de acesso aos serviços de saúde e disponibilidade de recursos locais. O acompanhamento deve ser longitudinal e multidisciplinar, podendo incluir nutricionistas, médicos, psicólogos, profissionais de educação física, enfermeiros e assistentes sociais. O sucesso terapêutico não deve ser medido apenas por perda de peso, mas também por melhora funcional, qualidade de vida, comportamento saudável e saúde mental.

- **Intervenções para mudança de comportamento**

Recomendação: A OMS recomenda que esta intervenção componha o manejo integrado da obesidade, considerando idade, estado de saúde, contexto cultural, preferências individuais, saúde mental e participação familiar. O planejamento deve ser individualizado e realizado por profissionais capacitados.
Força da recomendação: forte.
Qualidade das evidências: muito baixa.

Justificativa

Em ambas as diretrizes, o GDG concluiu que os benefícios potenciais superam os riscos. Embora a qualidade das evidências seja predominantemente baixa ou muito baixa, as intervenções demonstraram potencial para melhorar indicadores antropométricos, qualidade de vida, bem-estar físico e adesão ao tratamento. Também foram considerados aspectos de aceitabilidade, viabilidade, equidade e custos para famílias e sistemas de saúde.

As recomendações reconhecem que a obesidade resulta de interação entre ambiente, fatores genéticos, condições psicossociais e determinantes sociais. Dessa forma, medidas isoladas raramente são suficientes, sendo necessário combinar abordagens clínicas, familiares, escolares e comunitárias.

A OMS dispõe de um sistema de classificação para planejar e avaliar intervenções para mudança de comportamento, adaptando-as a diferentes contextos, desde os comportamentos individuais até as transformações no âmbito da sociedade. As intervenções são classificadas de acordo com o tipo de ação que promovem em cinco categorias: intervenções educativas ou

informativas; persuasivas; normativas ou estruturais; ambientais; e baseadas em políticas públicas. Essa classificação é detalhada no relatório da OMS sobre determinantes sociais da saúde, nas publicações sobre promoção da saúde e no Plano de Ação Global da OMS de 2013.

Entre os exemplos de intervenções para mudança de comportamento, sem caráter exaustivo, estão:

- Terapia comportamental e terapia cognitivo-comportamental.
- Terapia cognitiva e psicoterapia.
- Terapias integrativas ou holísticas.
- Automonitoramento, definição de metas e reforço de comportamentos.
- Controle de estímulos e resolução de problemas.
- Técnicas motivacionais.
- Terapia cognitiva baseada em *mindfulness* (atenção plena) e estratégias de redução do estresse.

Observações

A implementação das recomendações deve considerar vulnerabilidade social, insegurança alimentar, necessidades de pessoas com deficiência, barreiras de acesso aos serviços de saúde e disponibilidade de recursos locais. O acompanhamento deve ser longitudinal e multidisciplinar, podendo incluir nutricionistas, médicos, psicólogos, profissionais de educação física, enfermeiros e assistentes sociais. O sucesso terapêutico não deve ser medido apenas por perda de peso, mas também por melhora funcional, qualidade de vida, comportamento saudável e saúde mental.

- **Intervenções digitais em saúde**

Recomendação: A OMS recomenda que esta intervenção componha o manejo integrado da obesidade, considerando idade, estado de saúde, contexto cultural, preferências individuais, saúde mental e participação familiar. O planejamento deve ser individualizado e realizado por profissionais capacitados.
Força da recomendação: condicional.
Qualidade das evidências: muito baixa.

Justificativa

Em ambas as diretrizes, o GDG concluiu que os benefícios potenciais superam os riscos. Embora a qualidade das evidências seja predominantemente baixa ou muito baixa, as intervenções demonstraram potencial para melhorar indicadores antropométricos, qualidade de vida, bem-estar físico e adesão ao tratamento. Também foram considerados aspectos de aceitabilidade, viabilidade, equidade e custos para famílias e sistemas de saúde.

As recomendações reconhecem que a obesidade resulta de interação entre ambiente, fatores genéticos, condições psicossociais e determinantes sociais. Dessa forma, medidas isoladas raramente são suficientes, sendo necessário combinar abordagens clínicas, familiares, escolares e comunitárias.

Observações

A implementação das recomendações deve considerar vulnerabilidade social, insegurança alimentar, necessidades de pessoas com deficiência, barreiras de acesso aos serviços de saúde e disponibilidade de recursos locais. O acompanhamento deve ser longitudinal e multidisciplinar, podendo incluir nutricionistas, médicos, psicólogos, profissionais de educação física, enfermeiros e assistentes sociais. O sucesso terapêutico não deve ser medido apenas por perda de peso, mas também por melhora funcional, qualidade de vida, comportamento saudável e saúde mental.

- **Tratamento farmacológico**

Recomendação para crianças: A OMS não recomenda intervenções farmacológicas para o manejo da obesidade em crianças de 0 a 9 anos. Recomendação para adolescentes: A OMS sugere intervenções farmacológicas para o manejo da obesidade em adolescentes de 10 a 19 anos com obesidade e complicações relacionadas à obesidade*, somente quando um programa estruturado e supervisionado de modificação multimodal do estilo de vida** não tiver sido eficaz para alcançar a perda de peso, limitar o ganho de peso ou melhorar as complicações relacionadas à obesidade. * As complicações relacionadas à obesidade podem incluir diabetes mellitus tipo 2, hiperinsulinemia, resistência à insulina, hipertensão arterial não controlada, alterações no metabolismo lipídico ou na adipogênese e no acúmulo de gordura, além de problemas de saúde mental. ** O programa estruturado e supervisionado de modificação multimodal do estilo de vida deve incluir intervenções personalizadas de mudança de comportamento, alimentação e atividade física, por pelo menos seis meses, além do monitoramento periódico das condições concomitantes. As intervenções farmacológicas devem ser prescritas em um contexto especializado e multiprofissional, após avaliação criteriosa do desenvolvimento físico e da estabilidade psicológica, da adesão a hábitos alimentares saudáveis e à prática de atividade física. É necessário monitorar atentamente os possíveis eventos adversos e estabelecer um acompanhamento estruturado de longo prazo.
Força da recomendação para crianças: forte. Força da recomendação para adolescentes: condicional.
Qualidade das evidências: baixa.

Justificativa

O GDG concordou com uma recomendação forte, uma vez que a revisão sistemática da Cochrane, encomendada pela OMS, que avaliou ensaios clínicos randomizados sobre os efeitos de intervenções farmacológicas para o tratamento da obesidade em crianças e adolescentes, em comparação com a ausência de intervenção ou o uso de placebo, não identificou estudos que incluíssem crianças menores de 6 anos.

Oito estudos incluíram crianças com 6 anos ou mais: sete avaliaram a metformina e um avaliou a liraglutida. A recomendação considera a insuficiência de evidências tanto sobre os benefícios quanto sobre os possíveis eventos adversos e as consequências dos diferentes medicamentos e/ou de seus princípios ativos para o crescimento e o desenvolvimento normais, os parâmetros fisiológicos e a saúde mental das crianças.

O GDG concordou com uma recomendação condicional para adolescentes porque, embora os resultados sugiram que os tratamentos farmacológicos provavelmente proporcionem benefícios pequenos a moderados, o período de acompanhamento dos estudos

foi curto e persistem incertezas importantes quanto aos eventos adversos. A qualidade geral das evidências foi considerada baixa.

A revisão sistemática identificou estudos realizados principalmente com adolescentes. Os estudos tiveram duração relativamente curta e foram conduzidos, em sua maioria, em países de alta renda. De forma consistente, os tratamentos farmacológicos foram incorporados a um cuidado multimodal que incluía intervenções relacionadas ao estilo de vida e à mudança de comportamento.

O campo do tratamento farmacológico da obesidade está em rápida evolução. Novas opções terapêuticas, com diferentes mecanismos de ação, doses, vias de administração e durações de tratamento, estão sendo avaliadas tanto para adultos quanto para adolescentes. As pesquisas se concentram em alternativas com maior eficácia, menos efeitos colaterais, vias de administração mais convenientes — por exemplo, oral em vez de parenteral — e menor duração do tratamento.

Observações

A implementação das recomendações deve considerar vulnerabilidade social, insegurança alimentar, necessidades de pessoas com deficiência, barreiras de acesso aos serviços de saúde e disponibilidade de recursos locais. O acompanhamento deve ser longitudinal e multidisciplinar, podendo incluir nutricionistas, médicos, psicólogos, profissionais de educação física, enfermeiros e assistentes sociais. O sucesso terapêutico não deve ser medido apenas por perda de peso, mas também por melhora funcional, qualidade de vida, comportamento saudável e saúde mental.

- **Cirurgia bariátrica e dispositivos para perda e controle do peso**

Recomendação para crianças: A OMS não recomenda a realização de cirurgia bariátrica nem o uso de dispositivos para perda ou controle do peso no manejo da obesidade em crianças de 0 a 9 anos.
Força da recomendação: forte.
Qualidade das evidências: não há evidências disponíveis.
Recomendações para adolescentes: Recomendação 1. A OMS sugere a cirurgia bariátrica para o manejo da obesidade em adolescentes de 10 a 19 anos com obesidade grave (IMC para a idade superior a 4 desvios-padrão acima da mediana da Referência de Crescimento da OMS; ou IMC para a idade superior a 3 desvios-padrão acima da mediana dessa referência, associado a complicações relacionadas à obesidade*), somente quando um programa estruturado e supervisionado de modificação multimodal do estilo de vida** não tiver sido eficaz para alcançar a perda de peso, limitar o ganho de peso ou melhorar as condições concomitantes. * As complicações relacionadas à obesidade podem incluir diabetes mellitus tipo 2, hiperinsulinemia, resistência à insulina, hipertensão arterial não controlada, alterações no metabolismo lipídico ou na adipogênese e no acúmulo de gordura, além de problemas de saúde mental. ** O programa estruturado e supervisionado de modificação multimodal do estilo de vida deve incluir intervenções personalizadas de mudança de comportamento, alimentação e atividade física, por pelo menos seis meses, além do monitoramento periódico das complicações relacionadas à obesidade.
Força da recomendação 1: condicional.
Qualidade das evidências 1: baixa.
Recomendação 2 para adolescentes. A OMS recomenda que a cirurgia bariátrica seja prescrita e realizada em um serviço especializado, com atuação multiprofissional, após avaliação criteriosa do desenvolvimento puberal completo, da estatura final esperada na vida adulta, da estabilidade psicológica e da adesão a hábitos alimentares saudáveis e à prática de atividade física. Também é necessário monitorar atentamente os possíveis eventos adversos e estabelecer um acompanhamento

estruturado de longo prazo. Os adolescentes devem receber apoio para tomar decisões informadas durante todas as etapas da intervenção.
Força da recomendação 2: forte.
Qualidade das evidências 2: baixa.

Justificativa

O GDG concordou com uma recomendação forte, mesmo na ausência de evidências relevantes, considerando os potenciais eventos adversos e as consequências da cirurgia bariátrica e dos dispositivos para perda ou controle do peso sobre o crescimento e o desenvolvimento normais, os parâmetros fisiológicos e a saúde mental das crianças.

Ao definir a força da recomendação, o GDG considerou as orientações do sistema GRADE, que reconhecem situações específicas nas quais uma recomendação forte pode ser justificada mesmo diante de baixa ou muito baixa confiança nas evidências disponíveis. Nesse caso, a realização de cirurgia bariátrica em crianças muito pequenas, ou seja, menores de 10 anos, pode resultar em danos significativos.

Dispositivos para perda ou controle do peso

O GDG concordou com uma recomendação condicional para adolescentes porque, embora os efeitos sejam moderados a grandes, os efeitos indesejáveis variam.

A revisão sistemática encomendada pela OMS identificou dois ensaios clínicos randomizados (ECR) e três estudos não randomizados que compararam a cirurgia bariátrica com intervenções relacionadas ao estilo de vida. A revisão constatou que a cirurgia bariátrica é mais eficaz do que a ausência de cirurgia na redução do IMC e do peso, podendo também melhorar outros desfechos relacionados à obesidade e a qualidade de vida.

O GDG considerou necessária a recomendação 2, que estabelece que a cirurgia bariátrica seja prescrita e realizada em um serviço especializado, com atuação multiprofissional, após avaliação criteriosa do desenvolvimento puberal completo. Essas precauções podem reduzir os riscos potenciais e os eventos adversos associados à cirurgia bariátrica.

Embora os adolescentes e seus pais e/ou responsáveis estivessem motivados pela possibilidade de perda de peso, também manifestaram preocupação com o procedimento cirúrgico em si e suas possíveis complicações.

Observações

Como abordagem geral para crianças com obesidade, deve-se considerar uma intervenção multimodal de estilo de vida, estruturada e supervisionada, que integre estratégias comportamentais, alimentares e de atividade física.

De modo geral, a cirurgia bariátrica para o manejo da obesidade em adolescentes deve integrar uma intervenção multimodal estruturada e supervisionada, que inclua intervenções para mudança de comportamento, alimentação e atividade física. Essas intervenções devem considerar idade, gênero, estado de saúde, deficiência preexistente, hábitos sedentários e padrões de sono, contexto cultural, interesses, valores e preferências dos adolescentes, além de envolver os pais e/ou responsáveis.

Ao considerar a cirurgia bariátrica, os profissionais de saúde devem avaliar possíveis fatores genéticos, hereditários e familiares. A escolha da modalidade de cirurgia bariátrica deve considerar o perfil clínico do adolescente e respeitar as indicações médicas, bem como seus valores e suas preferências, quando pertinente.

Antes da intervenção, os adolescentes com obesidade e seus pais e/ou responsáveis devem receber orientações contínuas sobre os possíveis benefícios e eventos adversos da cirurgia bariátrica para o manejo da obesidade. O apoio e as orientações devem continuar após a cirurgia

- **Intervenções multimodais**

Recomendação: A OMS recomenda uma intervenção multimodal estruturada, que combine componentes relacionados à alimentação, à atividade física e à mudança de comportamento, para o manejo integrado de crianças com obesidade*. Essa intervenção deve considerar idade, gênero, estado de saúde, preferências alimentares, educação nutricional, aptidão física, contexto cultural, interesses, valores e preferências da criança, além dos recursos e do apoio disponíveis por parte dos pais e responsáveis. A intervenção deve ser conduzida e supervisionada por profissionais de saúde com conhecimentos em nutrição, atividade física e intervenções para mudança de comportamento, e envolver os pais e/ou responsáveis. *Outros componentes das intervenções multimodais incluem mudanças nos hábitos de sono e nos padrões de comportamento sedentário, além do uso de tecnologias digitais. Essas intervenções também podem envolver familiares, amigos, cuidadores e escolas; ampliar o acesso ao cuidado; e promover ações de conscientização e campanhas educativas voltadas a crianças, responsáveis, escolas e comunidades.
Força da recomendação: forte.
Qualidade das evidências: muito baixa.

Justificativa

O GDG considerou essa recomendação forte porque crianças com obesidade e seus pais ou responsáveis valorizam os benefícios percebidos de uma alimentação saudável e da prática de atividade física, incluindo perda de peso, aceitação social e autoestima. Embora os benefícios sejam pequenos, o balanço entre benefícios e danos continua favorável à intervenção.

No caso dos adolescentes com obesidade e seus pais, a diretriz considera que valorizam os benefícios percebidos das intervenções multimodais, incluindo perda de peso, prevenção de complicações futuras de saúde e melhora da autoestima, da imagem corporal e da aceitação social.

As intervenções multimodais tendem a ser aceitáveis e viáveis quando são adequadas à idade, ao gênero e à etnia, individualizadas e planejadas considerando a situação financeira e a disponibilidade de tempo dos pais ou responsáveis.

Embora os benefícios sejam pequenos e os possíveis eventos adversos ainda sejam desconhecidos, o GDG concordou que os benefícios provavelmente superam os danos em ambos os casos. As intervenções multimodais são aceitáveis e viáveis, especialmente quando incluem atividades lúdicas, informais e não competitivas, além de incorporar tecnologias.

Observações

As recomendações sobre alimentação, atividade física e mudança de comportamento estabelecidas durante o desenvolvimento desta diretriz podem constituir a base de uma intervenção multimodal. A publicação também apresenta recomendações sobre hábitos de sono, comportamento sedentário, tecnologias digitais e envolvimento da família, dos amigos, dos responsáveis, das escolas e da comunidade.

A modalidade da intervenção pode ser definida a partir dos resultados de uma avaliação clínica inicial detalhada, que considere medidas antropométricas, histórico familiar e médico abrangente, fatores psicossociais e comportamentais — como hábitos alimentares, atividade física e rotinas de sono — e exames laboratoriais pertinentes, quando indicados.

O envolvimento dos pais pode aumentar a efetividade das intervenções de estilo de vida. Os responsáveis podem apoiar a criança ao longo do processo, modificar seus próprios comportamentos e adaptar suas práticas parentais.

As intervenções multimodais podem ser custo-efetivas devido aos benefícios potenciais no manejo do peso e na prevenção de doenças crônicas. Pode ser necessário encaminhar a criança da Atenção Primária à Saúde para serviços especializados. Esse encaminhamento deve incluir a comunicação aos demais profissionais de saúde e uma explicação clara e acolhedora à família sobre os motivos da decisão. A participação de especialistas em obesidade pediátrica, serviços de atenção secundária ou especializada e/ou equipes multidisciplinares pode ser uma opção na realização de intervenções multimodais de estilo de vida.

Embora não exista um intervalo ideal estabelecido para o acompanhamento de crianças com obesidade, a frequência das consultas deve considerar a condição clínica geral da criança, a presença de condições associadas, o uso de medicamentos e a vulnerabilidade social.

Para ampliar a participação nas intervenções de manejo da obesidade, são necessárias abordagens que envolvam toda a sociedade e enfrentem as causas das desigualdades no acesso ao cuidado. O apoio dos governos, das escolas e das comunidades pode facilitar a implementação das intervenções multimodais.

Lacunas de pesquisa

O documento ressalta a necessidade de evidências de alta qualidade sobre os benefícios e os danos a longo prazo das intervenções para o manejo da obesidade em crianças e adolescentes. Para isso, são necessários ensaios clínicos randomizados e estudos de coorte prospectivos bem delineados e adequadamente relatados.

Além da eficácia, os delineamentos dos estudos devem considerar e descrever a duração do tratamento, a continuidade da participação, o contexto de realização, o perfil de segurança e os efeitos secundários a longo prazo. Quando pertinente, esses estudos devem incluir análises de subgrupos segundo a gravidade da obesidade, as complicações relacionadas à obesidade, a presença de deficiência e o tipo de intervenção.

As pesquisas futuras devem contemplar uma variedade de desfechos que ultrapasse as variáveis antropométricas e cardiometabólicas, incluindo o bem-estar físico e mental, a qualidade de vida geral e a redução das incapacidades associadas à obesidade. Os possíveis eventos adversos de curto e longo prazo devem ser cuidadosamente registrados e relatados.

O planejamento das intervenções deve considerar os valores e as preferências das partes interessadas e favorecer o envolvimento dos pais e/ou responsáveis, das escolas e dos

pares. As pesquisas futuras também devem considerar os fatores que facilitam a implementação em países de baixa e média renda, bem como características populacionais, como gênero, idade, etnia, contexto cultural e condição socioeconômica.

Planos de atualização

Os documentos ressaltam que as próximas versões buscarão incorporar novas evidências sobre os benefícios e os eventos adversos; os valores e as preferências das partes interessadas e/ou dos usuários da diretriz; a viabilidade e o custo-efetividade das intervenções; os direitos humanos, a equidade e as questões de gênero; a acessibilidade e a cobertura pública e privada das intervenções; as definições ou os pontos de corte utilizados para determinar a presença e a gravidade da obesidade; as intervenções de saúde digital e as mídias sociais; e as necessidades de crianças com complicações relacionadas à obesidade, de populações migrantes e de grupos minoritários.

Considerações finais

O enfrentamento da obesidade infantil e na adolescência exige uma abordagem crítica que ultrapasse a perspectiva individual e reconheça a complexidade dos determinantes sociais, econômicos, políticos e comerciais da saúde. Embora as diretrizes da Organização Mundial da Saúde representem um avanço importante ao propor uma abordagem integral, centrada na pessoa e baseada em evidências, sua implementação depende de condições que não estão igualmente disponíveis para todas as crianças, adolescentes e famílias. A recomendação de uma alimentação saudável, da prática regular de atividades físicas e de mudanças comportamentais, embora fundamental, torna-se insuficiente quando desconsidera as desigualdades que condicionam as possibilidades reais de adoção dessas práticas.

Um dos principais desafios está na contradição entre a promoção da alimentação adequada e saudável e um sistema alimentar no qual alimentos ultraprocessados são amplamente distribuídos, intensamente divulgados e, muitas vezes, mais acessíveis em termos de preço, conveniência e disponibilidade do que alimentos in natura ou minimamente processados. O poder econômico e político de setores da indústria de alimentos influencia os ambientes alimentares e pode dificultar a adoção de medidas regulatórias capazes de proteger a saúde pública. A publicidade, as estratégias de marketing digital, a associação de produtos a personagens, influenciadores e experiências de consumo e a oferta de alimentos de baixo valor nutricional direcionada ao público infantil contribuem para estabelecer hábitos alimentares desde os primeiros anos de vida. Nesse cenário, atribuir às famílias a responsabilidade exclusiva pelas escolhas alimentares significa ignorar as relações desiguais de poder que moldam essas escolhas.

Essa contradição torna-se ainda mais evidente diante da persistência da insegurança alimentar e nutricional. Enquanto parte da população está exposta à oferta excessiva de produtos ultraprocessados, outra enfrenta dificuldades para garantir o acesso regular e suficiente a alimentos. Essas situações não são necessariamente opostas: a insegurança alimentar pode coexistir com o excesso de peso, sobretudo quando as famílias dispõem de recursos limitados para adquirir alimentos variados e nutritivos. A restrição orçamentária, a instabilidade de renda, a disponibilidade de estabelecimentos comerciais, as condições de armazenamento e preparo dos alimentos e o tempo necessário para organizar as refeições influenciam diretamente as práticas alimentares. Portanto, o enfrentamento da obesidade não pode ser dissociado das políticas de proteção social, segurança alimentar e nutricional,

abastecimento, renda e redução das desigualdades. Recomendar escolhas saudáveis sem assegurar condições materiais para realizá-las corre o risco de transformar um direito em privilégio e de responsabilizar indivíduos e famílias por problemas socialmente produzidos.

Outro aspecto relevante diz respeito às transformações nos modos de vida e à organização dos ambientes em que crianças e adolescentes crescem. O aumento do tempo dedicado a celulares, jogos eletrônicos, computadores e outras mídias digitais pode contribuir para a redução do tempo destinado à atividade física, ao brincar e às interações presenciais, além de interferir no sono e nas rotinas familiares. Entretanto, uma análise crítica não deve reduzir essa questão ao comportamento individual ou à ideia de que a tecnologia é, por si só, prejudicial. Os dispositivos digitais também constituem espaços de aprendizagem, socialização e acesso à informação. O problema envolve a intensidade e o contexto de uso, os mecanismos de engajamento das plataformas, a exposição à publicidade, os conteúdos consumidos e a falta de alternativas acessíveis para o lazer e a prática de atividades físicas. Em territórios com poucos espaços públicos seguros, áreas verdes, equipamentos esportivos e oportunidades de recreação, a recomendação de que crianças e adolescentes se movimentem mais desconsidera barreiras concretas relacionadas à infraestrutura urbana, à violência, à mobilidade, às condições climáticas e à disponibilidade de tempo e recursos das famílias.

A escola, os serviços de saúde, os espaços comunitários e as políticas urbanas têm, nesse sentido, papel estratégico na construção de ambientes promotores da saúde. Contudo, não é razoável transferir a essas instituições, isoladamente, a responsabilidade por enfrentar problemas que também decorrem de decisões econômicas, modelos de produção e consumo, estratégias comerciais e desigualdades estruturais. A promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física requer políticas intersetoriais consistentes, financiamento público, regulação efetiva, participação social e mecanismos de monitoramento capazes de identificar tanto os avanços quanto os conflitos de interesse que podem comprometer a implementação das medidas recomendadas.

Também é necessário considerar os riscos de estigmatização associados à obesidade na infância e na adolescência. Abordagens centradas exclusivamente no peso corporal, na restrição alimentar ou na responsabilização individual podem intensificar a discriminação, o sofrimento psíquico e as experiências negativas nos ambientes familiar, escolar e assistencial. O cuidado deve reconhecer as necessidades específicas de cada pessoa, considerar sua saúde física e mental, respeitar seu contexto sociocultural e evitar práticas discriminatórias. A participação de crianças e adolescentes nas decisões relacionadas ao próprio cuidado, de acordo com sua capacidade de compreensão e desenvolvimento, assim como o envolvimento das famílias, são componentes importantes de uma abordagem ética, acolhedora e sustentável.

Diante desse cenário, as diretrizes da OMS devem ser compreendidas não apenas como orientações para qualificar a assistência individual, mas também como um chamado à transformação dos contextos que produzem e reproduzem o risco de obesidade. Isso implica fortalecer a atenção primária à saúde, ampliar o acesso a equipes multiprofissionais, qualificar ações de prevenção e cuidado, assegurar a continuidade do acompanhamento e desenvolver estratégias adequadas às diferentes realidades territoriais. Paralelamente, exige avançar na proteção da infância contra práticas comerciais prejudiciais, na regulação da publicidade de alimentos, especialmente nos ambientes digitais, na promoção de sistemas alimentares sustentáveis, na garantia da segurança alimentar e nutricional e na criação de espaços públicos que favoreçam o movimento, o lazer e a convivência.

Por fim, a efetividade das recomendações dependerá da capacidade dos países de converter evidências científicas em políticas públicas sustentadas por recursos, governança e compromisso político. É necessário avaliar não apenas a adesão dos indivíduos às orientações, mas também a capacidade dos sistemas de saúde e dos governos de reduzir desigualdades, regular interesses comerciais e assegurar condições concretas para uma vida saudável. Sem enfrentar as contradições entre os interesses econômicos, a organização dos ambientes alimentares, a insegurança alimentar, as transformações nos modos de vida e as desigualdades sociais, o manejo da obesidade corre o risco de permanecer limitado à esfera individual. Uma resposta efetiva e equitativa exige, portanto, deslocar o foco da responsabilização exclusiva de crianças, adolescentes e famílias para uma responsabilidade compartilhada entre Estado, sociedade, sistemas de saúde, instituições educacionais e setores econômicos, colocando o direito à saúde e à alimentação adequada acima dos interesses comerciais.

Referências

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO guidelines on the integrated management of obesity in adolescents. Geneva: World Health Organization, 2026. 133 p. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240123878. Acesso em: 9 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO guidelines on the integrated management of obesity in children. Geneva: World Health Organization, 2026. 120 p. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240123397. Acesso em: 9 out. 2026.