# Os avanços e desafios no enfrentamento da obesidade infantojuvenil global

## *Los avances y retos en la lucha contra la obesidad infantil y juvenil a nivel mundial*

## *Progress and Challenges in Addressing Global Childhood and Adolescent Obesity*

***Eduardo Nilson, Felipe Silva Neves e Denise Oliveira e Silva***

**Resumo:** O presente informe analisa o enfrentamento da obesidade na infância e na adolescência, a partir de indicadores e políticas nacionais e internacionais, assim como as recomendações para a prevenção e, mais particularmente, para o tratamento de crianças e adolescentes com obesidade, com vistas a garantir-lhes um futuro mais saudável.

***Resumen:*** *El presente informe analiza la lucha contra la obesidad en la infancia y la adolescencia, a partir de indicadores y políticas nacionales e internacionales, así como las recomendaciones para la prevención y, más concretamente, para el tratamiento de niños y adolescentes con obesidad, con el objetivo de garantizarles un futuro más saludable.*

***Abstract:*** *This report analyzes efforts to address childhood and adolescent obesity based on national and international indicators and policies, as well as recommendations for prevention and, more specifically, for the treatment of children and adolescents with obesity, with a view to ensuring a healthier future for them.*

### Introdução

Conforme já tratamos no 2º informe deste ano, a obesidade representa uma epidemia global e, particularmente, a obesidade infantojuvenil já representa uma prioridade no campo da saúde pública, haja vista o crescimento do número de crianças e adolescentes que vivem com excesso de peso (sobrepeso mais obesidade) no mundo ao longo das últimas décadas.

Pela primeira vez na história da saúde pública internacional, a prevalência da obesidade na infância superou a da desnutrição aguda e crônica, evidenciando uma transformação no padrão das cargas de má nutrição, especialmente nos países de baixa e média renda. Esse cenário não é causado por desvios comportamentais ou escolhas individuais, mas pela manifestação de falhas estruturais nos sistemas alimentares, nos ambientes de desenvolvimento e nas políticas públicas que moldam o cotidiano das novas gerações.

As consequências repercutem de forma relevante no curso da vida: a obesidade instalada na infância e na adolescência apresenta elevada probabilidade de persistência na idade adulta, contribuindo para ciclos de adoecimento e para o surgimento precoce de enfermidades crônicas, como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, esteatose hepática metabólica,

complicações ortopédicas e diabetes mellitus tipo 2, antes restrita a faixas etárias mais avançadas.

Diante desse cenário, as evidências são claras ao mostrar a necessidade de atuar fortemente sobre os ambientes alimentares, considerados obesogênicos, em vez de centrar esforço em culpabilizadoras, centradas nos comportamentos individuais, e de responsabilização de crianças e famílias pelos ambientes obesogênicos. Isso significa a necessidade de um conjunto articulado de intervenções regulatórias, fiscais e estruturais capazes de modificar os ambientes obesogênicos, incluindo a tributação de bebidas açucaradas e produtos ultraprocessados, a implementação de modelos de rotulagem nutricional frontal de advertência, a regulação da publicidade de alimentos não saudáveis voltada ao público infantojuvenil e a promoção de ambientes alimentares escolares saudáveis.

Adicionalmente, é fundamental proteger, incentivar e apoiar o aleitamento materno e a alimentação complementar adequada nos dois primeiros anos de vida, fase reconhecida como janela crítica de programação metabólica. A complexidade dos determinantes da obesidade infantojuvenil demanda estratégias intersetoriais de governança ampla, que superem a fragmentação que historicamente limita as respostas estatais, articulando saúde, educação, desenvolvimento social, agricultura, fazenda, planejamento urbano, esporte e direitos humanos.

Para além da prevenção, observa-se a crescente responsabilidade sanitária no tratamento de indivíduos com obesidade, assim como daqueles com sobrepeso, principalmente na população mais jovem. Nesse contexto, a publicação das primeiras diretrizes globais da Organização Mundial da Saúde voltadas especificamente ao manejo integrado da obesidade em crianças e adolescentes, em outubro de 2026, representa um marco clínico de alcance histórico. Ao preencher uma persistente lacuna na resposta dos sistemas públicos e privados de saúde, a OMS reconhece formalmente a obesidade como doença crônica, recidivante, complexa e multifatorial, e não como mera decorrência de escolhas comportamentais ou traço estético. As novas diretrizes estabelecem rotas terapêuticas formais baseadas em evidências, protegendo crianças e adolescentes do uso inadequado de abordagens puramente restritivas, do estigma sistemático no ambiente de assistência e de intervenções terapêuticas empíricas ou desprovidas de comprovação científica.

Ao oferecer parâmetros clínicos baseados em direitos humanos, equidade e evidências científicas, a OMS convoca os governos a estruturar linhas de cuidado integradas nos seus sistemas universais, garantindo suporte diagnóstico, nutricional, medicamentoso e cirúrgico pautado pelo estágio de vida. A transição, desde os sistemas agroalimentares e até os sistemas de saúde, exige superar a inércia administrativa, combater o estigma estrutural e assegurar que toda criança e adolescente receba o cuidado integral no momento oportuno, garantindo seu direito inalienável ao pleno crescimento, saúde e dignidade humana.

**O desafio da obesidade infantojuvenil**

O avanço do sobrepeso e da obesidade na infância e na adolescência consolidou-se como um dos fenômenos epidemiológicos mais relevantes e de maior complexidade do século XXI, representando uma inflexão no perfil de saúde e nutrição das populações jovens. Os dados compilados pelo Atlas Mundial da Obesidade indicam que o excesso de peso nessa faixa etária não pode ser interpretado como um desvio comportamental transitório ou uma questão de escolha individual, mas como manifestação de falhas estruturais nos sistemas que moldam o

cotidiano e os ambientes de desenvolvimento das novas gerações (World Obesity Federation, 2025).

Com mais de 400 milhões de crianças e adolescentes vivendo com excesso de peso no mundo, o cenário global atingiu uma escala inédita, com crescimento de aproximadamente cinco vezes entre crianças em idade escolar desde 1975 (Unicef, 2025). Relevante também é a constatação de que, pela primeira vez na história da saúde pública internacional, a prevalência da obesidade na infância superou a da desnutrição aguda e crônica, evidenciando uma transformação no padrão das cargas de má nutrição, com aceleração concentrada nos países de baixa e média renda (Unicef, 2025; World Obesity Federation, 2025).

A situação no Brasil é extremamente preocupante, tendo em vista o crescimento da obesidade e do sobrepeso em todos os subgrupos etários de crianças e adolescentes. Por exemplo, entre crianças de 0 a 5 anos (Primeira Infância), dados do Inquérito Populacional de Referência (ENANI-2019), mostraram que o excesso de peso total (sobrepeso + obesidade) já alcançava 10,1% das crianças menores de 5 anos (contra 6,6% na PNDS 2006), enquanto dados de 2025 do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), que acompanha indivíduos na atenção primária à saúde, mostraram excesso de peso total entre 14% e 15%. Entre crianças de 5 a 9 anos (Idade Escolar), inquéritos populacionais (POF 2008–2009) já mostraram excesso de peso em 33,5% e de obesidade de 14,3% (16,6%), com valores similares no Sisvan. Por fim, entre os adolescentes (10 a 19 anos), o Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA 2013–2014) mostrou prevalência de excesso de peso em 25,5% e de obesidade em 8,4% dos adolescentes, enquanto a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2019 — escolares de 13 a 17 anos) mostrou excesso de peso em 28,1% e de obesidade em cerca de 9,0% dos adolescentes. Para os adolescentes, o Sisvan mostrou prevalência excesso de peso de até 33% entre os adolescentes acompanhados, chegando a obesidade a até 13,5% dos adolescentes (com cerca de 2,5% a 3,0% classificados como obesidade grave).

Essas tendências não decorrem de variações biológicas aleatórias, mas de uma transformação nos padrões de consumo alimentar, impulsionada pela expansão de sistemas alimentares que priorizam a rentabilidade corporativa em detrimento do valor nutricional e do bem-estar coletivo (Fanzo, 2020). A substituição dos padrões alimentares tradicionais, baseados em alimentos in natura ou minimamente processados, por produtos ultraprocessados e bebidas açucaradas reconfigurou os ambientes alimentares frequentados por crianças e jovens (Monteiro et al., 2025). Tais formulações industriais, caracterizadas por alta densidade energética, excesso de açúcares livres, gorduras saturadas, sódio e múltiplos aditivos, foram desenvolvidas para alcançar alta palatabilidade e favorecer padrões disfuncionais de consumo, atuando sobre mecanismos neurocomportamentais que comprometem o controle da ingestão calórica desde as fases precoces do desenvolvimento (Lane et al., 2024; Halpern e Melo, 2026). O barateamento relativo desses produtos, somado à sua ampla distribuição e à limitada disponibilidade de alternativas frescas e acessíveis, estabelece uma assimetria econômica que afeta com maior intensidade os estratos sociais de menor renda, nos quais o consumo de ultraprocessados cresce de forma acelerada (Seferidi et al., 2022). Configura-se, assim, a coexistência de desnutrição com obesidade e deficiências específicas de micronutrientes, fenômeno denominado dupla ou múltipla carga da má nutrição, que atinge de forma expressiva os mesmos domicílios e comunidades periféricas (FAO et al., 2023; Seferidi et al., 2022).

A vulnerabilidade de crianças e adolescentes a esse modelo é potencializada por determinantes comerciais da saúde cada vez mais sofisticados, em especial as estratégias de

marketing e publicidade direcionada (Baker et al., 2025). Valendo-se de canais tradicionais de radiodifusão e de ecossistemas digitais, como algoritmos de plataformas sociais, influenciadores e táticas de engajamento lúdico, a indústria de alimentos não saudáveis amplia sua presença no cotidiano infantojuvenil (Unicef, 2025; Baker et al., 2025). As escolas, que deveriam atuar como territórios de promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional, frequentemente permitem a comercialização de bebidas adoçadas e produtos ultraprocessados em cantinas e em seus entornos (Unicef, 2025). Essa exposição publicitária sistemática não apenas molda preferências alimentares precoces, mas contribui para o enfraquecimento de culturas alimentares regionais e para a consolidação de padrões dietéticos deletérios que aumentam o risco de fatores de risco cardiovasculares e metabólicos em idades precoces (The World Bank, 2017; Baker et al., 2025).

As consequências dessa transição dietética e do excesso de peso na juventude repercutem de forma relevante no curso da vida e na saúde das populações. A obesidade instalada na infância e na adolescência apresenta elevada probabilidade de persistência na idade adulta, contribuindo para ciclos de adoecimento e para o surgimento precoce de enfermidades crônicas, tais como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, esteatose hepática metabólica, complicações ortopédicas e diabetes mellitus tipo 2, antes restrita a faixas etárias mais avançadas (World Health Organization, 2013; Rubino et al., 2025).

Além disso, o estigma relacionado ao peso nos espaços escolares, comunitários e familiares está associado a quadros de ansiedade, depressão, isolamento social e transtornos alimentares, com impacto no rendimento escolar e no desenvolvimento psicossocial (World Obesity Federation, 2025). Em termos econômicos, os custos diretos e indiretos dessa epidemia são expressivos, onerando os orçamentos públicos com hospitalizações, procedimentos de média e alta complexidade, redução de produtividade futura e mortalidade prematura que poderiam ser evitadas por meio de intervenções oportunas, conforme demonstrado por avaliações nacionais de gastos hospitalares pediátricos atribuíveis à obesidade (Nilson et al., 2020; Nilson et al., 2023; Okunogbe et al., 2022).

Diante dessa realidade, o consenso científico internacional aponta para a insuficiência de abordagens centradas exclusivamente na mudança de comportamento individual ou em discursos que responsabilizem crianças e famílias por condicionantes que lhes são estruturalmente impostos (World Obesity Federation, 2025). Torna-se necessário adotar um conjunto articulado de intervenções regulatórias, fiscais e estruturais capazes de modificar os ambientes obesogênicos (United Nations Food Systems Summit Scientific Group, 2021; FAO, 2023). Entre as medidas prioritárias preconizadas por entidades internacionais e painéis de especialistas, destacam-se a tributação de bebidas açucaradas e produtos ultraprocessados, com potencial documentado para prevenir casos de doenças crônicas e mortes associadas (Camargo et al., 2025), a implementação de modelos de rotulagem nutricional frontal de advertência sobre o excesso de nutrientes críticos, a regulação da publicidade de alimentos não saudáveis voltada ao público infantojuvenil em todas as mídias, e a promoção de ambientes alimentares escolares saudáveis, sustentados pela compra institucional de gêneros diversificados da agricultura familiar, pela restrição da oferta de ultraprocessados nas cantinas e pelo fortalecimento da educação alimentar e nutricional nos currículos (Unicef, 2025; World Obesity Federation, 2025). Adicionalmente, é fundamental proteger, incentivar e apoiar o aleitamento materno e a alimentação complementar adequada nos dois primeiros anos de vida, fase reconhecida como janela crítica de programação metabólica (World Health Organization, 2013).

A complexidade dos determinantes da obesidade infantojuvenil demanda estratégias intersetoriais de governança ampla, que superem a fragmentação que historicamente limita as respostas estatais (The World Bank, 2017). O setor saúde, embora central, necessita atuar em articulação com as áreas de educação, desenvolvimento social, agricultura e abastecimento, fazenda, planejamento urbano, esporte e direitos humanos. Ações integradas no território devem contemplar desde a garantia da segurança de renda das famílias de menor renda, impedindo que restrições orçamentárias as dirijam ao consumo de alimentos de baixo valor nutricional (como os ultraprocessados), até o planejamento de cidades e bairros que favoreçam a mobilidade ativa de crianças e adolescentes por meio de praças, ciclovias, calçadas acessíveis e áreas verdes que resgatem o brincar livre e a prática esportiva, reduzindo o sedentarismo e o tempo excessivo de exposição a telas e dispositivos digitais (World Obesity Federation, 2025).

Nesse contexto intersetorial, o papel do setor saúde requer uma reorientação de suas capacidades institucionais para tratar a obesidade como uma condição crônica, complexa e multifatorial (Rubino et al., 2025). Historicamente, os serviços de saúde têm abordado a obesidade de forma marginal ou com intervenções pontuais e desarticuladas, restringindo o cuidado a orientações genéricas ou ao manejo tardio das comorbidades (Halpern e Melo, 2026). É necessário superar essa lacuna mediante a consolidação de uma linha de cuidado integral para o sobrepeso e a obesidade, orientada pelo princípio da integralidade e ancorada na atenção primária à saúde, concebida como porta de entrada preferencial, centro de comunicação e coordenadora do cuidado longitudinal nas redes assistenciais.

Na atenção primária, o foco deve recair sobre a vigilância alimentar e nutricional sistemática, com a aferição rotineira do peso, da estatura e o cálculo do índice de massa corporal para a idade em todas as etapas da puericultura e do acompanhamento escolar, permitindo a detecção precoce de curvas ascendentes de adiposidade. As equipes multiprofissionais, compostas por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e profissionais de educação física, devem ser capacitadas para oferecer uma abordagem empática, livre de estigma e baseada em evidências da ciência do comportamento, promovendo o aconselhamento alimentar continuado, o fortalecimento dos vínculos familiares em torno da alimentação e a pactuação de metas compartilhadas que envolvam o núcleo de convivência da criança (World Obesity Federation, 2025). A atenção primária deve igualmente articular programas de saúde escolar e ações comunitárias de promoção de estilos de vida ativos no território.

Para que a resposta em saúde seja efetiva e equitativa, a atenção primária precisa estar integrada a uma rede assistencial com fluxos definidos de referência e contrarreferência para os níveis de média e alta complexidade. Casos de obesidade em adolescentes com comorbidades metabólicas, transtornos psiquiátricos associados, insucesso de intervenções em nível básico ou suspeita de causas sindrômicas e secundárias, requerem suporte especializado ambulatorial. Na média complexidade, serviços compostos por endocrinologistas pediátricos, psicólogos, nutricionistas clínicos e assistentes sociais devem ofertar acompanhamento estruturado e terapias interdisciplinares, incluindo, quando indicado por diretrizes clínicas, o acesso a intervenções farmacológicas seguras, superando as barreiras de incorporação tecnológica que limitam o uso de medicações com efetividade documentada nos sistemas públicos (Halpern e Melo, 2026).

No nível de alta complexidade hospitalar, os serviços devem estar articulados para os casos de obesidade grave e refratária que atendam aos critérios de elegibilidade para intervenções cirúrgicas, assegurando avaliação pré-operatória adequada, acolhimento

psicossocial e seguimento pós-operatório multiprofissional contínuo, com suporte da rede primária para a manutenção do peso e a prevenção de deficiências nutricionais (Rubino et al., 2025). A garantia de uma linha de cuidado contínua, hierarquizada e não estigmatizante, que se estenda da promoção da saúde e vigilância no território até os centros de maior densidade tecnológica, combinada com políticas públicas regulatórias e intersetoriais que enfrentem os determinantes sociais e econômicos da condição, constitui condição necessária para conter o avanço da obesidade infantojuvenil e assegurar melhores condições de saúde para as próximas gerações

**Os novos guias da OMS para manejo da obesidade em crianças e adolescentes**

Em 7 de outubro de 2026, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou as primeiras diretrizes globais voltadas especificamente ao manejo integrado da obesidade em crianças e adolescentes. O lançamento dessas diretrizes representa um marco regulatório e clínico de alcance histórico, ao preencher uma persistente e crítica lacuna na resposta dos sistemas públicos e privados de saúde a nível mundial.

Historicamente, as políticas internacionais e os protocolos institucionais de saúde pública concentraram seus esforços primordialmente na dimensão da prevenção populacional primária, com foco no aleitamento materno, na regulação de ambientes alimentares escolares, na rotulagem frontal de alimentos e na tributação de bebidas açucaradas, ou focaram-se na triagem inicial em menores de cinco anos (como delineado nas recomendações de 2017 da própria agência). Contudo, observava-se um vácuo normativo evidente no que tange ao tratamento clínico estruturado de indivíduos que já vivem com obesidade, especialmente na faixa etária pediátrica e juvenil.

Essa omissão histórica transferiu o ônus da doença para os próprios indivíduos e suas famílias, alimentando narrativas estigmatizantes de culpabilização individual e deixando os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) desprovidos de fluxos de cuidado baseados em evidências científicas robustas. Enquanto isso, o quadro epidemiológico agravou-se de forma acelerada: segundo dados consolidados da própria OMS, em 2024 cerca de 400 milhões de crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos viviam com excesso de peso, dos quais 170 milhões já apresentavam obesidade clínica, com a prevalência saltando de 2% em 1990 para 8% em 2024. Pela primeira vez na história da saúde global, a prevalência de obesidade infantil superou os índices de desnutrição em escala mundial, com aceleração proeminente nos países de baixa e média renda.

O reconhecimento formal da obesidade como uma doença crônica, recidivante, complexa e multifatorial, e não como mera decorrência de escolhas comportamentais ou traço estético, constitui a base epistemológica dos novos documentos. Ao estabelecer rotas terapêuticas formais, a OMS não apenas legitima a necessidade de cobertura universal desse agravo pelos serviços de saúde, mas também protege crianças e adolescentes do uso inadequado de abordagens puramente restritivas, do estigma sistemático no ambiente de assistência e de intervenções terapêuticas empíricas ou desprovidas de comprovação científica.

Diante desse cenário, as novas recomendações da OMS foram divididas em dois documentos complementares para atender às particularidades biológicas, psicológicas, legais e maturacionais de cada etapa do desenvolvimento humano:

1. **Diretriz de Crianças (0 a 9 anos):** *WHO guideline on the integrated management of obesity in children* (WHO, 2026a).

2. **Diretriz de Adolescentes (10 a 19 anos):** *WHO guideline on the integrated management of obesity in adolescents* (WHO, 2026b).

Ambos os documentos adotam o rigor metodológico GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) para graduar a força das evidências e das recomendações (fortes ou condicionais), estruturando os caminhos clínicos de acordo com uma visão holística e centrada na pessoa.

A despeito da diferenciação etária, as duas publicações estabelecem uma base transversal de princípios norteadores que devem sustentar qualquer plano de cuidado dentro das redes de atenção à saúde:

- **Intervenções Multimodais sobre Comportamentos de Saúde:** Constituem a pedra angular inegociável do tratamento para todas as faixas etárias. Consistem na integração sinérgica e simultânea de três eixos:

    1. Suporte e educação dietética/nutricional baseada em alimentos integrais e frescos;

    2. Promoção da atividade física e redução de comportamentos sedentários;

    3. Intervenções comportamentais e psicoemocionais estruturadas.

- **Superação de "Dietas Restritivas Únicas":** Não se recomenda uma dieta única prescritiva ou modelos restritivos radicais. O foco reside na melhoria sustentável da qualidade global do padrão alimentar (ex.: padrão alimentar mediterrâneo ou dietas baseadas em comida de verdade, aumento substancial de fibras, frutas, verduras, grãos integrais e leguminosas), reduzindo drasticamente o consumo de calorias vazias, açúcares livres, gorduras saturadas e alimentos ultraprocessados, sempre resguardando o pleno aporte energético e nutricional para o crescimento linear.

- **Envolvimento e Centralidade da Família/Cuidadores:** A adesão terapêutica é diretamente dependente do ambiente domiciliar e do suporte sociofamiliar. Os planos de intervenção devem capacitar e engajar ativamente pais e cuidadores informais para atuarem como agentes de modelagem e sustentação de novos hábitos.

- **Integração Obrigatória da Saúde Mental e Combate ao Estigma:** O cuidado à obesidade exige a triagem precoce e o manejo concomitante de comorbidades psicológicas e psiquiátricas, incluindo ansiedade, depressão, isolamento, distúrbios da imagem corporal e comportamentos alimentares desordenados (compulsão alimentar e bulimia). A OMS enfatiza que os serviços de saúde devem atuar como espaços livres de preconceito e discriminação ponderal (*weight bias*), prevenindo que a intervenção clínica intensifique sofrimentos psicológicos preexistentes ou decorrentes de episódios de *bullying*.

- **Intervenções Digitais como Ferramentas Complementares:** O uso de soluções de saúde digital (*e-health*, aplicativos móveis e telemedicina) é admitido condicionalmente para apoiar o monitoramento e o reforço de comportamentos saudáveis, desde que

supervisionado ativamente por profissionais e cuidadores, servindo como suporte adjuvante e nunca em substituição ao acompanhamento clínico presencial.

- **Objetivo Terapêutico Focado em Saúde Integral:** O parâmetro primordial de sucesso terapêutico desloca-se da perda ponderal estrita e rápida para a manutenção sustentada da velocidade de ganho de peso adequada à curva de crescimento, melhoria dos marcadores metabólicos e cardiometabólicos, aptidão cardiorrespiratória e bem-estar subjetivo.

Por outro lado, as distinções entre os documentos decorrem das transformações puberais, maturação biológica, autonomia cognitiva e risco metabólico que diferenciam a primeira e a segunda infância da adolescência.

No que tange à definição antropométrica, os critérios adotados pela Organização Mundial da Saúde variam conforme a faixa etária. Para crianças com menos de 5 anos, a obesidade é caracterizada pela relação de peso para estatura superior a três desvios-padrão acima da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS. Já para a faixa de 5 a 9 anos, assim como para os adolescentes de 10 a 19 anos, o diagnóstico baseia-se no índice de massa corporal para idade situado acima de dois desvios-padrão da mediana das curvas de Referência de Crescimento da OMS.

Quanto ao tratamento farmacológico antiobesidade, há uma contraindicação formal para o uso rotineiro dessas medicações na faixa de 0 a 9 anos, tendo em vista a inexistência de evidências consistentes sobre eficácia e segurança a longo prazo nessa etapa de maturação biológica. Em contrapartida, no grupo de adolescentes entre 10 e 19 anos, a utilização de fármacos aprovados por agências regulatórias, como os análogos do receptor de GLP-1, passa a ser considerada condicionalmente; contudo, essa intervenção deve ocorrer estritamente em caráter adjuvante, após avaliação minuciosa da relação risco-benefício e quando programas estruturados e supervisionados de mudança no estilo de vida não atingirem os objetivos clínicos estabelecidos.

Em relação à cirurgia bariátrica e ao uso de dispositivos de manejo de peso, como os balões intragástricos, o procedimento é expressamente não recomendado e proibido para crianças de até 9 anos. Para a população adolescente, a abordagem cirúrgica é admitida apenas excepcionalmente em circunstâncias muito delimitadas, direcionada àqueles com obesidade grave e refratária associada a comorbidades médicas severas que representem risco à vida, demandando prévia avaliação detalhada por equipe multidisciplinar especializada e garantia de acompanhamento nutricional e psicológico contínuo nos períodos pré e pós-operatório.

No âmbito da agência e da autonomia decisória, o manejo na infância delega a responsabilidade terapêutica prioritariamente aos pais, familiares e cuidadores, além de intervir nos ambientes doméstico e escolar por meio do alinhamento de rotinas. Nos adolescentes, por sua vez, reconhece-se o protagonismo individual e a progressiva independência na escolha e aquisição de alimentos, bem como a ampla exposição aos ecossistemas digitais, o que exige a inclusão direta do jovem nos processos de tomada de decisão compartilhada sobre o seu plano de cuidado.

Por fim, as estratégias direcionadas aos ambientes de sedentarismo e sono refletem exigências distintas de cada momento de desenvolvimento. Para as crianças, a prioridade concentra-se na consolidação de hábitos de higiene do sono e na supervisão parental estrita do

tempo de exposição a telas, resguardando fases cruciais do neurodesenvolvimento infantil. Já na adolescência, a intervenção volta-se para a regulação do uso de redes sociais, a prevenção da privação crônica de sono provocada por telas e turnos noturnos, e o estímulo a práticas de atividade física estruturadas que favoreçam a convivência e a socialização entre pares.

As diretrizes da OMS enfatizam que a resposta clínica isolada dentro dos consultórios é incapaz de frear a curva epidêmica sem uma ampla governança multissetorial (*Health in All Policies*). Os ambientes em que as crianças vivem, aprendem e se alimentam ditam as oportunidades reais de adesão às recomendações terapêuticas.

Para transformar as orientações em prática assistencial, os sistemas de saúde necessitam desenhar linhas de cuidado contínuas, coordenadas e regionalizadas, garantindo que o cuidado não se fragmente em intervenções episódicas:

1. **Atenção Primária à Saúde (APS):** Atua como porta de entrada e centro articulador do cuidado longitudinal. Suas atribuições essenciais compreendem a vigilância alimentar e nutricional periódica (antropometria regular nas consultas de puericultura e saúde escolar), a identificação de riscos ambientais/familiares, o aconselhamento multiprofissional (médicos de família, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e educadores físicos) e a coordenação de intervenções multimodais coletivas e comunitárias.
2. **Atenção Secundária (Média Complexidade / Ambulatórios de Especialidades):** Destinada ao encaminhamento de casos de obesidade com comorbidades clínicas instaladas (hipertensão, dislipidemia, esteatose hepática metabólica, resistência insulínica e apneia obstrutiva do sono), desordens psiquiátricas complexas ou refratariedade terapêutica na APS. Conta com equipes interprofissionais de referência (endocrinopediatras, psicólogos, nutricionistas clínicos, fisioterapeutas) capacitadas para intervenções intensivas e condução de farmacoterapia para adolescentes elegíveis.
3. **Atenção Terciária (Alta Complexidade / Centros Terciários Especializados):** Reservada para quadros de obesidade extrema associados a complicações ameaçadoras à vida em adolescentes selecionados. Esses centros devem abrigar comissões multidisciplinares de alta densidade tecnológica para o planejamento, execução e seguimento longitudinal contínuo de intervenções cirúrgicas bariátricas e reabilitação metabólica integral.
4. **Contrarreferência Contínua:** Mesmo quando submetidos a tratamentos em níveis secundários ou terciários, o vínculo do paciente e de sua família com a equipe da Atenção Primária deve ser rigorosamente mantido para assegurar o suporte comunitário continuado e evitar recaídas.

Dessa forma, a publicação das primeiras diretrizes globais da OMS para o manejo da obesidade em crianças e adolescentes inaugura um ciclo de responsabilidade técnica e política para a saúde pública contemporânea. Ao oferecer parâmetros clínicos baseados em direitos humanos, equidade distributiva e evidências científicas, a OMS convoca os governos a estruturar linhas de cuidado integradas nos seus sistemas universais, garantindo suporte diagnóstico, nutricional, medicamentoso e cirúrgico pautado pelo estágio de vida.

A transição necessária nos sistemas agroalimentares e de saúde reside em superar a inércia administrativa, combater o estigma estrutural e assegurar que toda criança e adolescente

receba o cuidado integral no momento oportuno, garantindo seu direito inalienável ao pleno crescimento, saúde e dignidade humana.

**A estratégia brasileira e a abordagem interseccional da obesidade**

No Brasil, a renovação recente da agenda de enfrentamento da obesidade ocorreu em meio à reconstrução das instâncias de participação social e de coordenação das políticas de segurança alimentar e nutricional. Nesse contexto, a Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade foi instituída pelo Decreto Presidencial nº 12.680, de 20 de outubro de 2025 (BRASIL, 2025a). O Decreto reconhece a obesidade como doença crônica, problema de saúde pública e questão social que requer abordagens intersetorial e interseccional. Estabelece como objetivos deter o aumento da obesidade entre adultos e reduzir sua ocorrência entre crianças e adolescentes, com atenção especial às populações em situação de vulnerabilidade e risco social.

A Estratégia Intersetorial não constitui um programa isolado nem se restringe à atuação de um único setor. Trata-se de uma estrutura de mobilização e coordenação destinada a organizar a convergência de políticas, programas e ações relacionados à prevenção da obesidade. Sua implementação deve articular medidas de produção, abastecimento, acesso e consumo de alimentos adequados e saudáveis; promoção da atividade física; esporte e lazer; mobilidade urbana e sustentável; proteção social; segurança alimentar e nutricional; vigilância; cuidado; mobilização social; e enfrentamento do estigma relacionado ao peso corporal. Essas frentes estão organizadas em três eixos: ambientes alimentares e espaços urbanos; sistemas de proteção social e cuidados integrados; e mobilização e engajamento social (BRASIL, 2025a, 2025b; NEVES et al., 2025).

O Decreto prevê a elaboração de um plano operativo para estabelecer ações prioritárias, responsabilidades institucionais, metas, indicadores, previsão orçamentária e mecanismos de monitoramento. A execução deve ser acompanhada por uma governança intersetorial vinculada à Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional, com participação dos setores envolvidos e das instâncias de participação social (BRASIL, 2025a, 2025b). A Estratégia oferece, assim, uma estrutura para coordenar a atuação federal e orientar a convergência entre políticas que incidem sobre diferentes dimensões da obesidade. Seus efeitos dependerão de como essas disposições serão traduzidas em responsabilidades, recursos e ações executáveis nos diferentes níveis de governo.

A incorporação da interseccionalidade confere uma orientação específica a essa resposta. As possibilidades de acesso a alimentos adequados e saudáveis, espaços para atividade física, proteção social e serviços de saúde são influenciadas por renda, raça ou cor, gênero, escolaridade, idade e território. Essas dimensões não atuam de maneira independente. Sua combinação expressa posições sociais distintas e formas específicas de exposição às desigualdades, com repercussões sobre a ocorrência da obesidade e sobre o acesso à prevenção e ao cuidado (NEVES et al., 2025).

Evidências nacionais mostram essa distribuição desigual. Uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, baseada na combinação de raça ou cor, gênero, idade, renda e escolaridade, identificou as maiores prevalências de obesidade entre mulheres negras e pardas, de meia-idade ou mais velhas, com renda e escolaridade baixas ou intermediárias. Os cinco estratos com maiores prevalências eram compostos exclusivamente por mulheres negras e pardas (FANTON; CONSTANTE; CANUTO, 2026).

Esses resultados não significam que raça, gênero ou posição socioeconômica possam ser utilizados isoladamente para predizer o risco individual. A heterogeneidade existente dentro dos próprios estratos impede esse tipo de interpretação. Os achados mostram, entretanto, que a obesidade se concentra em determinadas combinações de posições sociais, produzidas por desigualdades de gênero, raça e nível socioeconômico. Essa evidência permite identificar grupos que devem receber maior atenção nas políticas populacionais, sem transformar características sociais em critérios clínicos individuais (FANTON; CONSTANTE; CANUTO, 2026).

A insegurança alimentar e nutricional acrescenta outra dimensão a esse quadro. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2017-2018 mostraram que mulheres brancas e negras em insegurança alimentar apresentavam maior chance de obesidade do que homens brancos em segurança alimentar. Entre as mulheres negras, a insegurança alimentar também esteve associada a maior chance de baixo peso. O estudo não demonstra coexistência dos dois desfechos na mesma pessoa, mas evidencia que esse grupo populacional está mais exposto aos dois extremos da má nutrição (GOMES et al., 2026).

Esse resultado impede que obesidade e insegurança alimentar e nutricional sejam tratadas como problemas independentes ou opostos. Para mulheres negras em insegurança alimentar, orientações sobre escolhas alimentares ou controle do peso terão alcance limitado se não forem acompanhadas por acesso regular a alimentos adequados e saudáveis, proteção social e cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). A resposta também precisa considerar como a sobrecarga de trabalho remunerado e não remunerado, a disponibilidade de tempo, o acesso aos serviços e as características dos territórios condicionam as possibilidades concretas de alimentação e cuidado.

As tendências segundo escolaridade observadas nas capitais brasileiras e no Distrito Federal complementam essas evidências. Entre as mulheres, a prevalência de obesidade é mais elevada nos grupos com menor escolaridade. A prática de atividade física no lazer e o consumo de alimentos considerados fatores de proteção para doenças crônicas, por sua vez, são mais frequentes entre pessoas com maior escolaridade (MALTA et al., 2025). Embora essa análise não seja interseccional, ela confirma que a prevalência de obesidade e o acesso a fatores de proteção acompanham diferenças sociais persistentes.

A interseccionalidade deve, portanto, orientar decisões. Isso inclui produzir e analisar informações desagregadas por raça ou cor, gênero, idade, escolaridade, renda e território; identificar as combinações associadas à maior carga de obesidade e ao menor acesso às políticas; orientar a distribuição de recursos e do apoio técnico; e acompanhar se as ações alcançam mulheres negras e pardas e outras populações em situação de vulnerabilidade e risco social. A finalidade não é fragmentar políticas de alcance universal, mas assegurar que sua execução responda às desigualdades identificadas.

No campo da alimentação, a prevenção da obesidade requer combinar medidas destinadas a reduzir a produção, a promoção, a disponibilidade e o consumo de alimentos ultraprocessados com políticas que ampliem a disponibilidade e a acessibilidade física e econômica de alimentos *in natura* ou minimamente processados. A regulação dos alimentos ultraprocessados não substitui políticas de abastecimento, alimentação escolar, compras públicas, proteção social e apoio à agricultura familiar. Da mesma forma, a ampliação da oferta de alimentos adequados e saudáveis não elimina a necessidade de enfrentar as práticas comerciais que favorecem os alimentos ultraprocessados. Esses conjuntos de medidas cumprem

funções distintas e precisam ser coordenados, com atenção prioritária aos territórios e às populações em situação de vulnerabilidade e risco social (LARA-AREVALO et al., 2026).

**Continuidade das políticas, ações específicas e implementação nos territórios brasileiros**

A instituição de uma estratégia nacional não assegura, por si só, a execução das ações nos territórios. A implementação depende da definição de responsabilidades para cada setor, da disponibilidade de recursos, da capacidade técnica dos entes subnacionais e da manutenção das ações ao longo do tempo. Também requer iniciativas com públicos, objetivos, financiamento e mecanismos operacionais próprios. A Estratégia Intersetorial pode organizar prioridades e favorecer a convergência entre políticas, mas não substitui programas e ações específicos destinados a determinados grupos ou etapas do curso da vida.

A experiência da Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil, conhecida como Proteja, ajuda a compreender essa distinção. O Proteja foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 1.862, de 10 de agosto de 2021, com a finalidade de deter o avanço da obesidade infantil e contribuir para a melhoria da saúde e da alimentação e nutrição das crianças. A Portaria GM/MS nº 1.863, publicada na mesma data, instituiu um incentivo financeiro federal de custeio para apoiar sua implementação nos municípios (BRASIL, 2021a, 2021b).

O Proteja era uma iniciativa direcionada à infância, com municípios participantes, ações definidas, financiamento federal e indicadores de acompanhamento. Ao todo, 1.320 municípios aderiram à iniciativa. As ações essenciais e complementares abrangiam vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, atividade física, atenção primária à saúde, escolas e articulação com outros setores. Parte das ações escolares deveria ser desenvolvida por meio do Programa Saúde na Escola. O acompanhamento dos indicadores utilizava informações registradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (BRASIL, 2022a, 2022b; PEREIRA et al., 2025).

A implementação enfrentou dificuldades. Foram identificados problemas na utilização dos recursos, rotatividade e precariedade dos vínculos das equipes municipais, obstáculos à coordenação intersetorial, resistência entre profissionais e baixa prioridade conferida à obesidade infantil por gestores locais. Essas limitações produziram diferenças na execução entre os municípios e precisam ser consideradas no desenho de futuras iniciativas (PEREIRA et al., 2025). Ainda assim, o Proteja mantinha um mecanismo federal específico de financiamento, indução e apoio técnico para inserir a obesidade infantil no planejamento municipal.

O ciclo federal de implementação e financiamento do Proteja, iniciado em 2021, encerrou-se em 2023, sem continuidade do incentivo financeiro nos anos seguintes (PEREIRA et al., 2025). Seu encerramento precoce retirou um mecanismo voltado especificamente à infância em um momento no qual as projeções indicam crescimento da obesidade entre crianças e adolescentes. A questão não é restabelecer o Proteja sem alterações, mas preservar e aperfeiçoar suas funções de indução federal, financiamento, apoio municipal e acompanhamento das ações.

A Estratégia Intersetorial e o Proteja são instrumentos de natureza distinta. A primeira organiza uma mobilização ampla para articular políticas, programas e ações de diferentes setores e níveis de governo. O segundo era uma iniciativa operacional, dirigida à prevenção e à atenção à obesidade infantil em municípios habilitados. A existência da Estratégia Intersetorial não

elimina a necessidade de iniciativas específicas dessa natureza. Ao contrário, seu plano operativo pode oferecer o marco político para que ações voltadas à infância e à adolescência sejam formuladas, financiadas e acompanhadas de forma coerente com a agenda nacional.

A necessidade de ações específicas para essas etapas do curso da vida é reforçada pelas tendências projetadas. O *World Obesity Atlas 2026* estima que o número de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos vivendo com obesidade continuará aumentando nas próximas décadas. O relatório também assinala que uma resposta limitada à prevenção não atenderá às necessidades daqueles que já vivem com obesidade ou apresentam complicações. O monitoramento do estado nutricional, por sua vez, tem utilidade reduzida quando não está conectado ao acompanhamento e ao acesso aos serviços necessários (WORLD OBESITY FEDERATION, 2026).

A implementação territorial também depende do fortalecimento da vigilância alimentar e nutricional e da capacidade de estados e municípios analisarem sua situação epidemiológica. A produção regular de informações desagregadas por idade, sexo, raça ou cor, escolaridade e território permite identificar os grupos mais afetados, reconhecer desigualdades e orientar a distribuição de recursos e a organização das ações. Essas informações não devem servir apenas à alimentação de sistemas nacionais. Precisam retornar aos gestores e às equipes locais em formatos que possam subsidiar o planejamento e a tomada de decisão.

Ao tornar visíveis a magnitude, a distribuição e as desigualdades relacionadas à obesidade, a inteligência epidemiológica local cria condições para que o problema seja reconhecido como prioridade no território. Esse conhecimento pode subsidiar sua inclusão nos planos municipais e estaduais de saúde, orientar a organização da atenção primária e apoiar a articulação com educação, assistência social, esporte, planejamento urbano e segurança alimentar e nutricional. A disponibilidade de dados, contudo, não produz ação automaticamente. O uso das informações depende de capacidade técnica, financiamento, prioridade política, liderança institucional e estabilidade das equipes.

O Proteja conferia uma função prática a esse acompanhamento ao vincular sua implementação a indicadores da atenção primária e da vigilância alimentar e nutricional. Os dados administrativos utilizados não permitiam avaliar isoladamente a qualidade do cuidado ou os efeitos da iniciativa. Ainda assim, o acompanhamento dos indicadores induzia os municípios a registrar, analisar e discutir a obesidade infantil como problema de saúde pública. O encerramento de seu ciclo federal retirou, portanto, não apenas o incentivo financeiro, mas também um mecanismo que favorecia a inclusão do problema na agenda local (BRASIL, 2022b; PEREIRA et al., 2025).

O avanço da inteligência epidemiológica local requer que informações da vigilância alimentar e nutricional, da atenção primária, das escolas e de outros serviços públicos sejam utilizadas conjuntamente, respeitadas as finalidades, unidades de análise e limitações de cada fonte. Esses dados podem apoiar o diagnóstico territorial, a definição das populações prioritárias, o planejamento das ações e o acompanhamento de sua cobertura e de seus resultados. Também podem mostrar se as intervenções alcançam os territórios e as populações em situação de vulnerabilidade e risco social. Para isso, a atribuição de responsabilidades aos municípios deve ser acompanhada de financiamento, formação das equipes, apoio técnico e instrumentos para análise e comunicação das informações.

A Estratégia Intersetorial prevê plano operativo, definição de ações prioritárias, articulação entre setores e níveis de governo e monitoramento de sua execução. Sua efetividade dependerá da atribuição clara de responsabilidades, da previsão de recursos e da capacidade federal de apoiar estados e municípios, sobretudo aqueles com menor estrutura técnica e administrativa. O plano operativo também deverá explicitar como a vigilância e a inteligência epidemiológica serão utilizadas para identificar territórios prioritários, acompanhar desigualdades e avaliar a execução das ações (BRASIL, 2025a, 2025b; NEVES et al., 2025).

A avaliação da resposta brasileira precisa ir além da existência formal de normas, estratégias e programas. O país dispõe de instrumentos relacionados à alimentação escolar, à rotulagem nutricional, à proteção da alimentação infantil, à promoção da atividade física e à regulação dos ambientes alimentares. A presença desses instrumentos não informa, isoladamente, sua cobertura, seu financiamento, sua fiscalização nem seu alcance entre as populações mais afetadas. A análise deve considerar como as medidas são implementadas, quais territórios alcançam e quais mudanças produzem ao longo do tempo (WORLD OBESITY FEDERATION, 2026).

**Prevenção e cuidado das pessoas com obesidade no SUS**

A organização de políticas intersetoriais e o avanço de medidas estruturantes não reduzem a responsabilidade do SUS pelas pessoas que já vivem com obesidade. A Estratégia Intersetorial inclui os cuidados integrados entre seus eixos e prevê o fortalecimento das ações de vigilância, prevenção e cuidado. Esse compromisso precisa ser traduzido em fluxos assistenciais, responsabilidades, financiamento e formas de acompanhamento longitudinal (BRASIL, 2025a, 2025b).

A prevenção estrutural e o cuidado clínico respondem a necessidades distintas. Medidas fiscais, regulatórias, ambientais e de proteção social podem modificar as condições que favorecem o aumento da obesidade e reduzir exposições populacionais. Essas medidas, contudo, não atendem diretamente às pessoas que já apresentam alterações clínicas, limitações funcionais ou repercussões psicossociais. De forma correspondente, intervenções clínicas podem beneficiar indivíduos, mas não alteram, por si mesmas, os ambientes alimentares, as desigualdades econômicas e os determinantes comerciais que sustentam o avanço da obesidade.

Essa complementaridade adquiriu maior relevância com o reconhecimento da obesidade como doença crônica e com o desenvolvimento de critérios destinados a qualificar sua avaliação. A Comissão sobre Obesidade Clínica propôs distinguir situações nas quais o excesso de adiposidade está associado a disfunção orgânica ou limitações das atividades cotidianas daquelas em que essas manifestações ainda não estão presentes. A proposta reforça que a avaliação individual não deve se apoiar exclusivamente no índice de massa corporal, mas considerar a distribuição da adiposidade, a função dos órgãos, a capacidade funcional e as condições clínicas associadas (RUBINO et al., 2025).

No SUS, a obesidade precisa ser reconhecida e avaliada na atenção primária. As equipes devem ter condições de identificar necessidades clínicas, funcionais e psicossociais, pactuar o plano de cuidado, acompanhar sua evolução e realizar encaminhamentos quando houver indicação. Também são necessários fluxos definidos para o cuidado multiprofissional e especializado. A existência de orientações técnicas não é suficiente quando faltam equipes,

tempo assistencial, continuidade do acompanhamento ou conexão entre os diferentes pontos da rede.

A vigilância e a atenção individual cumprem funções complementares. A vigilância permite conhecer a distribuição da obesidade e identificar grupos e territórios prioritários. A atenção à saúde permite reconhecer as necessidades de cada pessoa e organizar seu acompanhamento. O registro do estado nutricional, sem avaliação clínica e seguimento, não constitui cuidado. Da mesma forma, a assistência prestada sem informações sobre a população e o território limita a capacidade de planejar serviços, distribuir recursos e avaliar desigualdades.

A organização da atenção deve considerar as condições clínicas e funcionais, o contexto social e as possibilidades de cada pessoa. Não deve reduzir o tratamento à perda de peso nem reforçar práticas estigmatizantes. A responsabilização individual pela obesidade pode afastar pessoas dos serviços, comprometer a qualidade do atendimento e ocultar as condições sociais, econômicas e comerciais que restringem escolhas. Reconhecer esses determinantes não diminui a importância do cuidado clínico. Exige que ele seja prestado de forma respeitosa, centrada na pessoa e compatível com as condições em que ela vive.

A ampliação das possibilidades terapêuticas torna mais urgente a organização desse cuidado. Os novos medicamentos para obesidade podem beneficiar pessoas com indicação clínica, mas sua incorporação aos sistemas públicos envolve questões de efetividade, segurança, custo, capacidade assistencial e equidade. A diretriz da Organização Mundial da Saúde para terapias baseadas em peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 recomenda que a farmacoterapia seja inserida no cuidado integral e acompanhada por intervenções comportamentais e seguimento longitudinal. Também reconhece que preços elevados, oferta limitada e diferenças na capacidade dos sistemas de saúde podem restringir o acesso (CELLETTI; FARRAR; DE REGIL, 2026).

No Brasil, decisões sobre a incorporação dessas tecnologias não devem ser tomadas separadamente da organização da atenção. A oferta de medicamentos sem critérios clínicos, acompanhamento e continuidade assistencial pode reforçar a fragmentação do cuidado. A exclusão generalizada dessas opções, por outro lado, pode impedir o acesso de pessoas que poderiam se beneficiar. As decisões precisam considerar efetividade e segurança, impacto orçamentário, capacidade de seguimento e efeitos sobre a equidade.

A abordagem interseccional também deve alcançar o cuidado. As mulheres negras e pardas e outros grupos mais expostos às condições sociais associadas à obesidade podem encontrar maiores barreiras para acessar equipes multiprofissionais, serviços especializados e novas tecnologias. Essas barreiras variam conforme renda, raça ou cor, gênero, escolaridade, idade e local de residência. O monitoramento do acesso, da continuidade do acompanhamento e dos resultados segundo essas dimensões é necessário para identificar se a organização da atenção reduz ou reproduz desigualdades.

A resposta brasileira reúne instrumentos importantes, mas sua coerência dependerá de decisões concretas. O plano operativo da Estratégia Intersetorial deve definir responsabilidades, recursos e mecanismos de acompanhamento. Estados e municípios precisam receber apoio técnico para produzir e utilizar diagnósticos territoriais. Iniciativas específicas para crianças e adolescentes necessitam de financiamento e continuidade. No SUS, a vigilância deve estar vinculada à organização de linhas de cuidado, ao acompanhamento longitudinal e ao acesso equitativo às opções terapêuticas indicadas.

O avanço das medidas estruturantes e a organização do cuidado não constituem caminhos alternativos. A prevenção atua sobre as condições que favorecem novos casos e o agravamento da obesidade. O cuidado responde às necessidades das pessoas que já vivem com a doença. A resposta nacional dependerá da capacidade de assegurar ambos, com prioridades definidas a partir das desigualdades e das condições observadas nos territórios.

**O cuidado a crianças e adolescentes no SUS**

A análise da organização assistencial do Sistema Único de Saúde revela, contudo, que o cuidado destinado a crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade não é concebido normativamente como equivalente ao dispensado à população adulta, muito embora a infraestrutura dos serviços e o arcabouço regulatório nacional apresentem assimetrias históricas expressivas. Enquanto a atenção ao público adulto conta com a formalização vinculante de um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas chancelado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde — Conitec (BRASIL, 2020), inexiste até o momento um protocolo clínico específico com a mesma força impositiva e dotação orçamentária expressa para a faixa infantojuvenil. Apesar desse vácuo, as orientações oficiais do Ministério da Saúde rejeitam expressamente a transposição automática dos parâmetros aplicados aos adultos, estabelecendo diretrizes próprias por meio de instrutivos técnicos direcionados à Atenção Primária (BRASIL, 2022a), políticas transversais de ciclo de vida como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2018) e normativas de vigilância alimentar e nutricional articuladas à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2013).

A diferenciação técnica do cuidado infantojuvenil inicia-se pelo diagnóstico antropométrico, no qual os valores fixos e universais de índice de massa corporal adotados para adultos são formalmente contraindicados. Na infância e na adolescência, a avaliação exige a utilização de curvas de crescimento populacionais expressas em escore-z ou percentis da relação entre índice de massa corporal, idade e sexo, com monitoramento longitudinal realizado prioritariamente nas consultas de puericultura, de acompanhamento do escolar e de hebicultura registradas nas cadernetas de saúde e nos sistemas eletrônicos da atenção básica (BRASIL, 2011, 2022a). Nesse contexto, a análise clínica não se atém a uma classificação estática de excesso ponderal, priorizando a identificação de alterações anômalas na velocidade e na inclinação da trajetória de ganho de peso ao longo do curso do desenvolvimento (BRASIL, 2014, 2022a).

As metas terapêuticas também divergem de maneira substantiva em relação às preconizadas para os indivíduos adultos. Em adultos, o objetivo habitual reside na redução deliberada e quantificável de uma porcentagem do peso corporal para mitigação de riscos cardiometabólicos (BRASIL, 2020). Em crianças em pleno estirão e crescimento linear, intervenções restritivas severas que buscam perda de peso rápida são terminantemente contraindicadas, em virtude do risco iminente de prejuízo à estatura final, à consolidação da massa óssea e ao desenvolvimento puberal (BRASIL, 2022a). Dessa forma, a conduta clínica preconizada nos manuais oficiais apoia-se na desaceleração do ritmo de ganho de peso ou na manutenção ponderal enquanto a criança continua crescendo em altura, permitindo que a proporção antropométrica retorne gradativamente aos parâmetros saudáveis da curva. A perda ponderal ativa fica restrita a adolescentes que já concluíram o fechamento das epífises ósseas ou a situações excepcionais de obesidade grave associada a comorbidades clínicas severas (BRASIL, 2014, 2022a).

Outro ponto de distinção reside na unidade de intervenção terapêutica e na agência do cuidado. Enquanto no público adulto as estratégias clínicas e nutricionais centram-se na pactuação individual de metas comportamentais, o manejo voltado a crianças transfere o foco assistencial de forma decisiva para os pais, familiares e cuidadores (BRASIL, 2021, 2022a). Os manuais da atenção básica vedam a condução de prescrições dietéticas individualizantes que gerem isolamento ou culpabilização da criança, estruturando as intervenções na reordenação da rotina doméstica, na reorganização das compras alimentares conforme as diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira e do guia específico para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2014, 2019), na oferta de refeições compartilhadas à mesa, na regulação parental do tempo de exposição a telas e na ampliação de oportunidades recreativas de movimento corporal. Essa abordagem coletiva busca desarmar o estigma e a discriminação pelo peso, prevenindo o surgimento ou o agravamento de transtornos psíquicos e comportamentos alimentares desordenados (BRASIL, 2021, 2022a).

No tocante aos recursos terapêuticos especializados, as restrições normativas para a faixa infantojuvenil são rigorosas. No plano farmacológico, não há no SUS a disponibilização de medicamentos antiobesidade de uso pediátrico no âmbito da assistência farmacêutica pública, limitando-se o suporte medicamentoso ao manejo pontual de disfunções metabólicas associadas (BRASIL, 2020, 2022a). Na alta complexidade cirúrgica, os critérios ministeriais delimitam a cirurgia bariátrica como procedimento absolutamente restrito a adolescentes com no mínimo dezesseis anos de idade que apresentem obesidade grave associada a complicações clínicas severas que ameacem a vida, após a comprovação de maturidade esquelética, cumprimento de no mínimo dois anos de acompanhamento clínico multiprofissional documentado e avaliação formal de comissão interdisciplinar e de bioética, restando as crianças abaixo dessa faixa etária totalmente excluídas de intervenções dessa natureza (BRASIL, 2013b, 2013c).

Apesar dessa sólida diferenciação conceitual e técnica nos manuais oficiais, a materialização do cuidado enfrenta gargalos estruturais cotidianos na rede assistencial. A linha de cuidado do sobrepeso e obesidade desenhada nas portarias federais foi historicamente concentrada na habilitação de centros cirúrgicos para adultos, deixando desassistida a atenção secundária ambulatorial voltada a crianças e adolescentes (BRASIL, 2013b). A carência de serviços especializados de média complexidade, como ambulatórios de endocrinopediatria, nutrição pediátrica e psicologia infantil no âmbito municipal e regional, faz com que os casos que demandam intervenções intensivas fiquem retidos na atenção primária ou enfrentem longas filas nas centrais de regulação (BRASIL, 2022a). Ademais, a ausência de um protocolo clínico oficial com financiamento orçamentário específico e a descontinuidade de iniciativas intersetoriais estruturantes como o PROTEJA (BRASIL, 2022b) enfraquecem a capacidade de resposta do SUS, consolidando uma situação em que, embora o cuidado teórico seja reconhecidamente distinto, a infraestrutura pública especializada ainda carece da robustez necessária para atender plenamente a essa população.

Portanto, o lançamento dos guias da OMS pode representar uma oportunidade única de preencher essas lacunas e preparar o SUS para atuar efetivamente no manejo da obesidade em crianças e adolescentes.

**Conclusão**

O enfrentamento da obesidade infantojuvenil atinge um ponto de viragem histórico no qual o reconhecimento científico e a maturidade normativa contrastam de forma aguda com a persistência de assimetrias estruturais nos sistemas de saúde e na sociedade. Do ponto de vista dos avanços, o Plano de Aceleração da OMS para Acabar com a Obesidade e a publicação das primeiras diretrizes globais de manejo da obesidade infantil e juvenil consolida a transição indispensável da culpabilização comportamental para o reconhecimento da obesidade como doença crónica, complexa e multifatorial, definindo rotas clínicas baseadas em evidências, centradas na família e rigorosamente protegidas contra intervenções empíricas ou estigmatizantes.

No plano nacional, a estruturação de marcos como a Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade e a incorporação da perspetiva interseccional sinalizam uma compreensão aprofundada de que as disparidades de rendimento, raça, género e território determinam diretamente a exposição aos ambientes obesogênicos e a vulnerabilidade à dupla carga da má nutrição. Porém, seguem lacunas na regulação da publicidade de alimentos (especialmente para crianças) e na venda de alimentos em cantinas escolares, além da incompletude da tributação seletiva e da necessidade de aprimoramento da rotulagem nutricional frontal no Brasil, que podem estar ainda mais ameaçadas em contextos políticos de desregulamentação.

Todavia, os desafios que se interpõem entre as formulações teóricas e a realidade cotidiana dos serviços permanecem significativos. A descontinuidade de mecanismos indutores de financiamento municipal e a ausência de um protocolo clínico vinculativo e dotado de orçamento específico perpetuam vazios assistenciais, em especial na atenção especializada ambulatorial de média complexidade pediátrica, deixando a atenção primária sobrecarregada e os hospitais terciários distantes das reais necessidades da população jovem. Ao mesmo tempo, os determinantes comerciais da saúde e o poderio económico da indústria de produtos ultraprocessados continuam a colonizar os ambientes alimentares e os espaços digitais das novas gerações, impondo barreiras que não podem ser contornadas apenas por recomendações clínicas individuais.

Neste cenário decisivo, impõe-se uma convocatória urgente e articulada a todos os atores globais, regionais e locais. Aos organismos internacionais e multilaterais, cabe liderar a harmonização das normas de direitos humanos e saúde pública, assegurando apoio técnico e financeiro aos países de baixa e média renda para que as novas diretrizes da OMS não se convertam em privilégios restritos a sistemas de saúde com elevado financiamento, e promovendo salvaguardas rigorosas contra a influência corporativa na governança alimentar planetária. Aos governos nacionais e subnacionais, exige-se prioridade política e firmeza regulatória para implementar intervenções fiscais substanciais, restringir o marketing predatório dirigido ao público infantojuvenil, garantir a soberania alimentar por via de compras institucionais da produção familiar e transformar políticas, a exemplo da Estratégia Intersetorial brasileira, em planos operativos dotados de financiamento sustentável, inteligência epidemiológica local e linhas de cuidado completas e integradas na atenção primária. Por fim, às instituições de investigação, comunidade científica e sociedade civil organizada, cumpre manter a vigilância democrática e a produção contínua de evidências livres de conflitos de interesse, desmantelando o estigma relacionado com o peso em todas as instâncias e exigindo que o cuidado à criança e ao adolescente seja assegurado como um direito universal e inegociável.

Dessa forma, articular as dimensões da prevenção estrutural com o acesso equitativo ao tratamento não representa apenas uma escolha de gestão pública, mas um imperativo ético civilizacional para resguardar a dignidade, o desenvolvimento integral e o futuro das próximas gerações.

**Referências**


BAKER, P. et al. Series Ultra-Processed Foods and Human Health 3: Towards unified global action on ultra-processed foods: understanding commercial determinants, countering corporate power, and mobilising a public health response. **The Lancet**, v. 6736, n. 25, p. 1–24, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília: Diário Oficial da União, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 425, de 19 de março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília: Diário Oficial da União, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.862, de 10 de agosto de 2021. Institui a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.863, de 10 de agosto de 2021. Institui incentivo financeiro federal de custeio destinado aos municípios para implementação das ações de prevenção e atenção à obesidade infantil no âmbito da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.859, de 25 de outubro de 2022. Habilita municípios ao recebimento de incentivo financeiro federal de custeio referente ao segundo ano de implementação das ações de prevenção e atenção à obesidade infantil no âmbito do Proteja. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional — SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Cadernos de Atenção Básica, n. 38. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 212 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 150 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2022a. 201 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **PROTEJA: Estratégia nacional para prevenção e atenção à obesidade infantil**: orientações técnicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Proteja: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Portaria SCTIE/MS nº 53, de 11 de novembro de 2020**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Brasília: Diário Oficial da União, 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. *Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade: obesidade como questão social e interseccional*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2025b.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 12.680, de 20 de outubro de 2025. Institui a Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade. Brasília, DF: Presidência da República, 2025a.

CAMARGO, J. M. et al. Effect of Ultraprocessed Foods Taxation on Overweight Prevalence and Noncommunicable Diseases in Brazil. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 000, n. 000, p. 1–8, 2025.

CELLETTI, F.; FARRAR, J.; DE REGIL, L. World Health Organization guideline on the use and indications of glucagon-like peptide-1 therapies for the treatment of obesity in adults. *JAMA*, v. 335, n. 5, p. 434-438, 2026. DOI: 10.1001/jama.2025.24288.

FANTON, M.; CONSTANTE, H. M.; CANUTO, R. Assessing intersectional disparities in obesity among Brazilian adults: a MAIHDA approach. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 42, e00161425, 2026. DOI: 10.1590/0102-311XEN161425.

FANZO, J. **Inequity in Food Systems Drives Both Hunger and Obesity: It's time to optimize our food systems for nutrition and equity**. Johns Hopkins University, 2020.

FAO, IFAD, UNICEF, WFP. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2023: Urbanization, agrifood systems transformation and healthy diets across the rural–urban continuum**. Rome: FAO, 2023.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO). **The State of Food and Agriculture 2023: Revealing the true cost of food to transform agrifood systems**. Rome: FAO, 2023.

GOMES, S. M. et al. Black women facing food insecurity are more vulnerable to the double burden of malnutrition in Brazil: evidence from Brazilian National Dietary Survey. *Food Security*, v. 18, p. 29-36, 2026. DOI: 10.1007/s12571-025-01607-8.

HALPERN, B.; MELO, M. E. DE. Obesity in Brazil: 214 million reasons to act. **Archives of Endocrinology and Metabolism**, v. 70, n. 12, p. 1–4, 2026.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). **Global Burden of Disease Compare Data Visualization**. Seattle, WA: IHME, 2025.

LANE, M. M. et al. Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: Umbrella review of epidemiological meta-analyses. **The BMJ**, v. 384, p. e077310, 2024.

LARA-AREVALO, J. et al. Integrating policies that enable minimally processed foods with policies that restrict ultra-processed foods for obesity and noncommunicable disease prevention. *Current Obesity Reports*, v. 15, n. 1, art. 57, 2026. DOI: 10.1007/s13679-026-00724-5.

MALTA, D. C. et al. Temporal analysis of the prevalence of chronic noncommunicable diseases and risk and protective factors by schooling level from 2006 to 2023. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, supl. 2, 2025. DOI: 10.1590/1413-812320242911.14172024.

MONTEIRO, C. A. et al. Series Ultra-Processed Foods and Human Health 1: Ultra-processed foods and human health: the main thesis and the evidence. **The Lancet**, v. 6736, n. 25, p. 1–18, 2025.

NEVES, F. S. et al. Obesity and intersectionality: Brazil's experience in advancing equity through transformative public policies. *Nutrition Reviews*, 2025. DOI: 10.1093/nutrit/nuaf253.

NILSON, E. A. F. et al. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde em 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e32, 2020.

NILSON, E. A. F. et al. **Estimation of the direct health costs attributable to child obesity in Brazil**. medRxiv, 2023.

OKUNOGBE, A. et al. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. **BMJ Global Health**, v. 7, n. 9, p. e009773, 2022.

PEREIRA, C. F.; GIORDANI, R. C. F.; DAUFENBACK, V.; MENEZES, R. C. E.; SILVEIRA, J. A. C. Avaliação da implementação de uma estratégia nacional intersetorial de prevenção à obesidade infantil no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 41, n. 12, e00223624, 2025. DOI: 10.1590/0102-311XPT223624.

RUBINO, F. et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 13, n. 3, p. 221–262, 2025.

SEFERIDI, P. et al. Global inequalities in the double burden of malnutrition and associations with globalisation: a multilevel analysis of Demographic and Health Surveys from 55 low-income and middle-income countries, 1992–2018. **The Lancet Global Health**, v. 10, n. 4, p. e482–e490, 2022.

THE WORLD BANK. **An overview of links between obesity and food systems: Implications for the food and agriculture global practice agenda**. Washington, DC: World Bank Group, 2017.

UNICEF. **Feeding Profit: How food environments are failing children. Child Nutrition Report 2025**. New York: UNICEF, 2025.

UNITED NATIONS FOOD SYSTEMS SUMMIT SCIENTIFIC GROUP. **The True Cost and True Price of Food**. United Nations, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO guideline on the integrated management of obesity in children**. Geneva: World Health Organization, 2026. 136 p. ISBN 978-92-4-012339-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO guideline on the integrated management of obesity in adolescents**. Geneva: World Health Organization, 2026. 133 p. ISBN 978-92-4-012387-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO issues first global guidelines on child and adolescent obesity**. News Release, Geneva: WHO, 7 Oct. 2026.

WORLD OBESITY FEDERATION. **World Obesity Atlas 2025**. London: World Obesity Federation, 2025.

WORLD OBESITY FEDERATION. *World Obesity Atlas 2026: childhood obesity*. 2. ed. London: World Obesity Federation, 2026.