

Obesidade na infância e na adolescência — diagnóstico, tratamento nutricional e familiar, medicamentos e cirurgia

Classificação do IMC em score-z da OMS adotada pela SBP, obesidade comum e obesidade "não comum", comorbidades a rastrear, tratamento comportamental, nutricional e familiar sem estigma, posição da SBP sobre medicamentos e as normas do CFM e do Ministério da Saúde sobre cirurgia, comparadas com a AAP 2023 e o NICE, e os sinais que exigem pronto-socorro

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

Professor do Centro Universitário Max Planck

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

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

CONTEÚDO

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

EM RESUMO

A obesidade é **doença crônica, multifatorial e recidivante**, moldada mais pelo **ambiente alimentar** do que pela força de vontade (SBP, Nota de Alerta nº 62, 2026), e deve ser abordada **sem culpa e sem estigma**. O diagnóstico usa o **IMC em escore-z da OMS** (SBP 2019): de 0 a 5 anos, > +1 risco de sobrepeso, > +2 sobrepeso, > +3 obesidade; de 5 a 19 anos, > +1 sobrepeso, > +2 obesidade, > +3 obesidade grave. **Obeso e alto** costuma ser obesidade comum; **obeso e baixo**, início antes de 1 ano, hiperfagia intensa, atraso ou distorções sugerem causa endócrina ou genética. Na criança com excesso de peso: **PA em toda consulta a partir de 3 anos**, perfil lipídico, glicemia ou HbA1c e **ALT com ultrassom hepático** (SBP), e pesquisa de ronco e apneia. A base do tratamento é **comportamental, nutricional e familiar**, com metas pequenas e sem dietas restritivas.

Medicamentos (agonistas de GLP-1) só **a partir de 12 anos**, dentro das indicações da ANVISA e por decisão individual (SBP, Nota Técnica nº 63, 2026); a AAP (2023) manda **oferecer** a todo adolescente com obesidade — divergência.

Cirurgia é exceção, e as normas brasileiras divergem: o CFM (Resolução nº 2.429/2025) permite a partir de **14 anos com IMC > 40 e complicações clínicas**, enquanto a Portaria MS nº 425/2013 (SUS) admite de **16 a 18 anos com IMC > +4 z e epífises consolidadas**; a SBP não tem posição específica localizada.

Hiperglicemia sintomática, crise hipertensiva, dor no quadril com claudicação, cefaleia com alteração visual e apneias com sonolência intensa são 🚫.

1. O que é e como se apresenta

Este documento substitui a antiga revisão "Obesidade na Infância e Adolescência" e foi escrito para não divergir de **Obesidade e risco cardiometabólico** (Patologias do consultório), que detalha o rastreio cardiometabólico, nem de **Ambientes alimentares e saúde de crianças e adolescentes** e **"Canetas emagrecedoras"** (agonistas de GLP-1) em crianças e adolescentes (Temas atualizados pela SBP).

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

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

Atenção à virada dos 5 anos: o mesmo escore-z muda de categoria. A AAP usa percentis do CDC a partir de 2 anos (sobrepeso $\geq$ p85, obesidade $\geq$ p95, obesidade grave $\geq$ 120% do p95); o

NICE, as curvas britânicas (sobrepeso > p91, obesidade > p98); a AEP, percentis ou os pontos da IOTF.

Causas

- **Obesidade comum (exógena, poligênica)** — a grande maioria (a AEP estima 99%): genética de suscetibilidade somada a ultraprocessados e bebidas açucaradas, porções grandes, telas, sedentarismo, sono curto, estresse, insegurança alimentar e publicidade (SBP 2026). Na criança pequena, ganho rápido de peso nos primeiros 2 anos (ver **Lactente com ganho de peso excessivo**).
- **Obesidade "não comum" (SBP, Departamento de Endocrinologia, 2020):** início no primeiro ano, obesidade grave antes dos 5 anos, queda da velocidade de crescimento ou baixa estatura, déficit intelectual, dismorfias ou malformações, **hiperfagia intensa**. Inclui endocrinopatias (hipotireoidismo, Cushing, deficiência de GH, pseudo-hipoparatiroidismo), síndromes (Prader-Willi, Bardet-Biedl e outras), obesidade monogênica (MC4R, leptina, POMC), lesão hipotalâmica e medicamentos (corticoide, antipsicóticos, valproato).

Quadro clínico e comorbidades: acantose nigricans (resistência à insulina), estrias, acne e hirsutismo (síndrome dos ovários policísticos), ronco e apneia, dor em joelhos e quadril (**epifisiólise**, Blount, geno valgo), hipertensão, dislipidemia, pré-diabetes e diabetes tipo 2, doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica, pseudotumor cerebral, puberdade antecipada nas meninas, asma, sofrimento emocional, bullying, compulsão e outros transtornos alimentares.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Risco de sobrepeso ou sobrepeso; obesidade sem comorbidade, PA e exames normais, sem sinal de obesidade não comum	Pediatra: entrevista motivacional, metas familiares de alimentação, atividade, telas e sono; retorno frequente no início; exames conforme a idade
● Moderada	Obesidade grave ($> +3$ z ou $\geq 120\%$ do p95); comorbidade estabelecida (PA elevada ou hipertensão estágio 1, dislipidemia, pré-diabetes, ALT elevada ou esteatose, ronco com pausas, SOP); sofrimento psíquico ou suspeita de compulsão; falha do tratamento; obesidade não comum	Tratamento comportamental intensivo com equipe (nutricionista, psicólogo, educador físico); encaminhar com prioridade ao endocrinologista pediátrico (e a gastro/hepatologia, sono ou saúde mental conforme o caso); medicamento a partir de 12 anos por decisão individual
● Grave	Poliúria, polidipsia, perda de peso, vômitos ou cetose (hiperglicemia sintomática); hipertensão estágio 2 com cefaleia, alteração visual, dor torácica ou déficit neurológico; claudicação ou dor em quadril ou joelho (epifisiólise); cefaleia com papiledema ou alteração visual (pseudotumor); apneias com cianose ou sonolência intensa; ideação suicida ou transtorno alimentar com instabilidade; efeito adverso grave de medicamento para obesidade	Pronto-socorro/hospital (ver "Como encaminhar")

Fatores que elevam a gravidade

- Início antes dos 5 anos; ganho rápido e contínuo; obesidade grave.
- História familiar de diabetes tipo 2, doença cardiovascular precoce, hipercolesterolemia familiar.
- PIG ou GIG; diabetes gestacional materno; puberdade.
- Corticoide ou antipsicótico; deficiência intelectual; TEA.
- Insegurança alimentar, vulnerabilidade social, bullying.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese: início e velocidade do ganho, curva de estatura; recordatório alimentar (bebidas açucaradas, sucos, ultraprocessados, lanches, refeições em família, telas à mesa, porções, beliscos); atividade física e tempo sentado; **telas (SBP 2024: < 2 anos nenhuma; 2–5 anos até 1 h/dia; 6–10 anos 1–2 h/dia; 11–18 anos 2–3 h/dia, sem telas 1–2 h antes de dormir);** sono; ronco e pausas; cefaleia; dor em quadril ou joelho; ciclo menstrual; humor, autoimagem,

bullying, compulsão, vômitos, laxantes, uso de "canetas" sem prescrição; medicamentos; história familiar.

Exame físico: peso, estatura, IMC em escore-z, circunferência abdominal e relação cintura/estatura, **PA com manguito adequado** (largura $\approx$ 40% da circunferência do braço), acantose, estrias, Tanner, tireoide, fígado, dismorfias, marcha e quadris.

Exames (como em Obesidade e risco cardiometabólico)

EXAME	QUANDO	OBSERVAÇÃO
Perfil lipídico	Obesidade a partir de 2 anos (SBP, seletivo com fator de risco); AAP: $\geq$ 10 anos com sobrepeso ou obesidade, e pode de 2 a 9 anos com obesidade	Desejáveis (SBP): CT < 170, LDL < 110, HDL > 45, não-HDL < 120 mg/dL
Glicemia de jejum e/ou HbA1c (TOTG se necessário)	A partir de 10 anos ou da puberdade; antes, se obesidade grave ou fator de risco	Pré-diabetes 100–125 mg/dL ou HbA1c 5,7–6,4%
ALT e ultrassom hepático	SBP 2019: toda criança com excesso de peso	Ultrassom normal não exclui esteatose; AAP e NASPGHAN rastreiam só com ALT
TSH e T4 livre	Só com baixa velocidade de crescimento, bócio ou sintomas	Obesidade não é indicação isolada
Polissonografia	Ronco habitual com pausas ou sonolência diurna	Otorrino ou medicina do sono

Diferencial que não pode passar: diabetes tipo 1 em criança com sobrepeso (perda de peso, cetose), Cushing (estrias violáceas, parada do crescimento, hipertensão), hipotireoidismo, transtorno alimentar (compulsão, bulimia, anorexia atípica após perda rápida), uso de corticoide.

4. Tratamento e seguimento

Princípios (SBP 2019; MS, Instrutivo da APS, 2022; AAP 2023)

- **Linguagem sem estigma:** pedir licença para falar de peso, dizer "criança com obesidade", falar de saúde e hábitos, nunca de aparência; evitar dietas da moda e comentários sobre o corpo, que aumentam o risco de transtorno alimentar. A SBP (Nota Técnica nº 63, 2026) pede que se abandone a expressão "canetas emagrecedoras".
- **Entrevista motivacional** e metas pactuadas com a família inteira; a família é a unidade de tratamento.
- **Objetivo realista:** na criança em crescimento, **manter o peso ou desacelerar o ganho** já reduz o IMC; no adolescente com obesidade grave, perda gradual. O MS (2022) define

desfechos de hábito (menos ultraprocessados e bebidas açucaradas, mais água, frutas e verduras, mastigação, sinais de fome e saciedade, menos refeições diante de telas, mais refeições em família, sono, atividade física, saúde mental) além do peso.

Plano alimentar (Guia Alimentar do MS; SBP 2019)

- Comida de verdade (in natura e minimamente processada) como base; ultraprocessados como exceção; **água** como bebida; **eliminar refrigerantes, sucos (inclusive naturais em excesso) e bebidas açucaradas**.
- 5 a 6 refeições em horários regulares, à mesa, **sem telas**, com a família; café da manhã; lancheira sem ultraprocessados.
- Porções adequadas à idade; prato com metade de legumes e verduras; frutas inteiras.
- **Sem dietas restritivas** na criança; plano mais estruturado só com nutricionista, sem comprometer o crescimento.
- Ensinar a ler o rótulo frontal (**lupa** "alto em açúcar adicionado, gordura saturada, sódio") e a reconhecer publicidade (ver **Ambientes alimentares**).

Atividade física, telas e sono: pelo menos **60 minutos por dia** de atividade moderada a vigorosa, com brincadeira ativa e esporte de que a criança goste; reduzir o tempo sentado; telas conforme a SBP 2024; sono adequado para a idade.

Intensidade: a AAP recomenda tratamento comportamental intensivo de **≥ 26 horas de contato em 3 a 12 meses** a partir de 6 anos (pode de 2 a 5 anos), sem "espera vigilante"; a SBP e o MS indicam abordagem multiprofissional, individual e coletiva, na APS, e o MS encaminha à atenção especializada a obesidade secundária, a grave com comorbidade e a que não melhora após 2 anos de seguimento na APS.

Comorbidades: tratar junto (AAP, KAS 4) — hipertensão, dislipidemia, pré-diabetes e esteatose melhoram com a mudança de hábitos.

Medicamentos (adjuvantes, nunca isolados)

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Liraglutida SC	Titulação semanal até 3 mg, conforme bula	1 vez ao dia	Crônico, com reavaliação	ANVISA: obesidade ≥ 12 anos e > 60 kg; DM2 ≥ 10 anos (SBP, NT nº 63/2026)
Semaglutida SC	Titulação mensal até 2,4 mg, conforme bula	1 vez por semana	Crônico, com reavaliação	ANVISA: obesidade ≥ 12 anos e > 60 kg (SBP, NT nº 63/2026); ganho após suspender
Tirzepatida SC	Conforme bula	1 vez por semana	—	ANVISA pediátrica só para DM2 ≥ 10 anos, não para obesidade (SBP, NT nº 63/2026)
Metformina VO	Conforme bula	1–2 vezes ao dia	—	DM2 ≥ 10 anos (bula); efeito pequeno sobre o peso; na resistência à insulina é fora da bula
Orlistate VO	Conforme bula (adulto: 120 mg)	Às refeições (até 3 vezes ao dia)	—	Bula brasileira (Anvisa): "uso adulto"; não há estudos abaixo de 12 anos e a segurança e a eficácia abaixo de 18 anos não foram estabelecidas — no Brasil, uso < 18 anos é fora da bula (SBP, Manual 2019: "no Brasil é liberado para uso adulto"). NICE NG246 (1.17.9–1.17.10): < 12 anos só excepcional, com comorbidade grave; ≥ 12 anos só com comorbidade física ou psicológica grave, iniciado em serviço pediátrico especializado (também fora da bula no Reino Unido). Efeitos gastrointestinais; risco de deficiência de vitaminas lipossolúveis

- **Quem recebe medicamento (SBP, NT nº 63/2026):** adolescente ≥ 12 anos com obesidade, em tratamento comportamental, com avaliação de saúde mental e comportamento alimentar, crescimento e puberdade documentados, família capaz de seguimento e **expectativa realista**; receita em duas vias com retenção. Contraindicações: gestação, carcinoma medular de tireoide ou NEM2 pessoal ou familiar; pancreatite prévia é relativa.
- **Não prescrever:** a quem tem peso adequado, com fim estético, para perder peso antes de eventos, produtos manipulados ou sem registro, compra pela internet, anorexígenos, diuréticos, laxantes, hormônio tireoidiano sem hipotireoidismo, "termogênicos".

Cirurgia metabólica e bariátrica

As duas normas brasileiras **divergem** e ficam lado a lado (decisão pendente do Dr. Stefani):

NORMA	IDADE	CRITÉRIO	CONDIÇÕES
CFM, Resolução nº 2.429/2025 (DOU 20/05/2025) — regra ética do exercício médico	A partir de 14 anos; de 16 a 18 anos, critérios do adulto	14–16 anos: obesidade grave (IMC > 40) com complicações clínicas	Equipe multiprofissional e consentimento dos responsáveis; deixou de exigir idade óssea ou estágio puberal
Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 425, de 19/03/2013 (art. 8º, § 1º) — regra do SUS, citada no Instrutivo da APS de 2022	16 a 18 anos	IMC para a idade > +4 z	Não operar antes da consolidação das epífises (idade óssea no prontuário); risco-benefício avaliado por equipe com dois médicos especialistas, clínico e cirurgião

- **SBP:** sem posição específica localizada sobre a cirurgia no adolescente; o Manual de Obesidade (2019) apenas a inclui no estágio 4 do tratamento, em centro pediátrico especializado, e a Nota Técnica nº 63/2026 não trata de cirurgia.
- **AAP 2023 (KAS 13):** oferecer encaminhamento a **adolescentes ≥ 13 anos com obesidade grave** ($\geq 120\%$ do p95 ou $\text{IMC} \geq 35$ com comorbidade) a centros pediátricos especializados.
- **NICE NG246 (1.18.21–1.18.22):** não recomendada em geral; só em circunstâncias excepcionais, em quem atingiu ou quase atingiu a maturidade fisiológica.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Hiperglicemia sintomática:** poliúria, polidipsia, enurese nova, perda de peso, cetonúria, vômitos, dor abdominal, respiração rápida, sonolência (cetoacidose ou estado hiperglicêmico hiperosmolar — o DM2 também abre com cetoacidose).
- **Hipertensão estágio 2 com sintomas** (cefaleia intensa, alteração visual, convulsão, déficit neurológico, dor torácica, dispneia).
- **Claudicação ou dor em quadril, coxa ou joelho:** epifisiólise até prova em contrário — não deixar apoiar.
- **Cefaleia com papiledema, diplopia ou perda visual** (pseudotumor cerebral).
- **Apneia obstrutiva grave** com cianose, sonolência excessiva ou sinais de hipoventilação.
- **Saúde mental:** ideação suicida, autolesão, transtorno alimentar com bradicardia, hipotensão ou distúrbio eletrolítico.
- **Efeito adverso de medicamento para obesidade:** dor abdominal intensa (pancreatite, colecistite), vômitos com desidratação, hipoglicemia.

Como encaminhar

1. Suspeita de cetoacidose: glicemia capilar e cetonúria se disponíveis; **não dar insulina no consultório**; se desidratação ou má perfusão e demora no transporte, acesso venoso com

- SF 0,9% conforme o serviço de destino, sem hiper-hidratar (ver **Cetoacidose diabética**).
2. Hipertensão sintomática: não baixar a PA de forma abrupta no consultório; transporte monitorizado (ver **Crise hipertensiva na criança e no adolescente**).
 3. Epifisiólise: sem apoio, transporte deitado, analgesia.
 4. Rebaixamento ou convulsão: posição lateral, oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%**, SAMU (192).
 5. Relatório com IMC, PA, glicemia e medicamentos (inclusive GLP-1 e produtos sem prescrição).

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

- "Obesidade não é falta de força de vontade: é uma doença que tratamos juntos, com mudanças da família inteira."
- "Pequenas metas mantidas valem mais do que perdas rápidas. Na criança que cresce, manter o peso já é ganhar."
- "Água em vez de refrigerante e suco; comida de verdade; refeições à mesa, sem telas."
- "Uma hora por dia de brincadeira ativa ou esporte; menos tempo sentado; sono na hora certa."
- "Não use remédio para emagrecer sem prescrição, nem manipulados ou comprados pela internet."
- Retornos frequentes no início; exames conforme a idade e as comorbidades.
- **Procure o pronto-socorro se:** muita sede e muito xixi, emagrecimento sem motivo, vômitos com dor de barriga ou respiração rápida; dor de cabeça forte com visão embaçada ou dupla; mancar ou dor no quadril ou joelho; paradas na respiração durante o sono com sonolência intensa de dia; falas de morte ou autolesão.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão consultada	Manual de Obesidade, 3ª ed., 2019; NT nº 63, 24/08/2026; NA nº 62, 18/08/2026	Instrutivo de sobrepeso e obesidade na APS, 2022; Portaria GM/MS nº 425, 19/03/2013	CPG, Hampl et al., Pediatrics 2023	NG246, 14/01/2025 (atualizada em 08/01/2026)	Protocolo SEGHNP/AEP, 2023	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Diagnóstico	IMC escore-z OMS	IMC escore-z OMS (SISVAN)	Percentis CDC; grave ≥ 120% do p95	Curvas britânicas (> p91, > p98)	Percentis ou IOTF	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Rastreio	PA, lipídios, glicemia, ALT e ultrassom hepático	Comorbidades na APS	PA desde 3 anos; lipídios, glicose e ALT ≥ 10 anos	Comorbidades e causas	PA, glicose, insulina, lipídios	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Tratamento de base	Comportamental, familiar, multiprofissional	Cuidado na APS, individual e coletivo	≥ 26 h em 3–12 meses; sem espera vigilante	Programas multicomponentes	Dieta, atividade, terapia conductual	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Medicamentos	≥ 12 anos, ANVISA, decisão individual, não automática	Não abordados no Instrutivo	Oferecer a ≥ 12 anos; pode 8–11 anos	< 12 anos só excepcional; ≥ 12 orlistate com comorbidade, em serviço pediátrico	Protocolo 2023 não aborda	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Cirurgia	Sem posição específica (Manual 2019: estágio 4, centro especializado); CFM 2025: ≥ 14 anos, IMC > 40 com complicações	Portaria 425/2013: 16–18 anos, z > +4, epífises consolidadas	Encaminhar ≥ 13 anos com obesidade grave	Excepcional < 18 anos	Protocolo 2023 não aborda	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: todas as referências tratam a obesidade como doença crônica, colocam o tratamento comportamental e familiar como base e reservam medicamentos e cirurgia aos adolescentes. A divergência central é a **intensidade**: a **AAP 2023** recomenda **oferecer** farmacoterapia a todo adolescente a partir de 12 anos com obesidade (grau B) e admite de 8 a 11 anos por consenso, além de encaminhar à cirurgia a partir de 13 anos; a **SBP** (NT nº 63/2026) restringe o medicamento às indicações da ANVISA, a partir de 12 anos e por decisão individual, "não automática"; o **NICE** é o mais restritivo (abaixo de 12 anos só em situação excepcional; a partir de 12, orlistate apenas com comorbidade, iniciado em serviço pediátrico especializado). Na cirurgia, as normas brasileiras divergem: o **CFM (Resolução nº 2.429/2025)** admite a partir de 14 anos com IMC > 40 e complicações, e a **Portaria MS nº 425/2013**, regra do SUS citada no Instrutivo de 2022, admite de 16 a 18 anos com escore-z > +4 e epífises consolidadas; a SBP não tem posição específica localizada, e o site mostra as duas normas sem escolher entre elas

(decisão pendente). Há ainda diferença de régua (escore-z da OMS no Brasil, percentis do CDC nos EUA, curvas britânicas no Reino Unido, IOTF na Espanha) e no fígado (a SBP pede ultrassom com a ALT; AAP e NASPGHAN só ALT). O protocolo da AEP de 2023 não trata de medicamentos nem de cirurgia. No orlistate, a bula brasileira é de uso adulto. **O site adota a posição da SBP**; na cirurgia, apresenta lado a lado a norma do CFM e a do MS.

PONTOS PRÁTICOS

1. Classifique pelo escore-z e lembre a virada dos 5 anos; obeso e baixo não é obesidade comum.
2. PA em toda consulta desde 3 anos; lipídios e glicemia ou HbA1c a partir de 10 anos (antes, se grave); ALT com ultrassom hepático (SBP).
3. Fale de saúde e de hábitos, sem culpa; entrevista motivacional e metas da família inteira.
4. Água no lugar de bebidas açucaradas, comida de verdade, refeições sem telas, 60 minutos de atividade, sono.
5. GLP-1 só a partir de 12 anos, dentro da bula, com tratamento comportamental e avaliação de saúde mental; nunca manipulado ou estético.
6. Sede e poliúria com perda de peso, dor no quadril com claudicação e cefaleia com alteração visual são urgências.

Veja também, nesta Biblioteca: **Lactente com ganho de peso excessivo** e **A criança que come pouco** (nesta área); **Obesidade e risco cardiometabólico** (Patologias do consultório); **Ambientes alimentares e saúde de crianças e adolescentes — contribuições do pediatra**, **"Canetas emagrecedoras" (agonistas de GLP-1) em crianças e adolescentes** e **Disfunções endócrinas na síndrome de Prader-Willi** (Temas atualizados pela SBP); **Diabetes tipo 2 e resistência à insulina no adolescente** e **Síndrome dos ovários policísticos na adolescente** (Endocrinologia); **Hipertensão arterial sistêmica na criança e no adolescente** e **Dislipidemias e hipercolesterolemia familiar** (Cardiologia); **Transaminases elevadas e esteatose hepática (MASLD) na criança** (Gastroenterologia); **Transtornos alimentares** (Saúde mental).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Nutrologia. Obesidade na infância e adolescência — Manual de Orientação, 3ª ed., 2019. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Endocrinologia. Uso de "canetas emagrecedoras" em crianças e adolescentes — Nota Técnica nº 63, 24/08/2026 (acervo

restrito a associados; conteúdo conforme o documento do site sobre o tema, em Temas atualizados pela SBP). sbp.com.br

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Nutrologia. Ambientes alimentares e saúde de crianças e adolescentes — Nota de Alerta nº 62, 18/08/2026 (acervo restrito a associados; conteúdo conforme o documento do site sobre o tema). sbp.com.br
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Endocrinologia. Quando suspeitar que a obesidade "não é comum", 16/10/2020 (notícia do documento). sbp.com.br
- Ministério da Saúde, UERJ. Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde, 2022. [PDF](#)
- Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.429/2025 — cirurgia bariátrica e metabólica, 20/05/2025. portal.cfm.org.br
- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 425, de 19/03/2013 — regulamento técnico da assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade (art. 8º). bvsms.saude.gov.br
- Anvisa, bulário eletrônico. Orlistate 120 mg cápsula (genérico) — bula do paciente ("uso adulto"; sem estudos clínicos abaixo de 12 anos). [PDF](#)
- Xenical® (orlistate) — bula brasileira ("uso adulto"; segurança e eficácia não estabelecidas abaixo de 18 anos). bulas.med.br
- American Academy of Pediatrics. Hampl SE et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. Pediatrics, 2023;151(2):e2022060640 — resumo das KAS. [PDF](#)
- NICE. NG246 — Overweight and obesity management, 14/01/2025, atualizada em 08/01/2026 (1.17, medicamentos; 1.18, cirurgia). nice.org.uk
- AEP. Moreno Aznar LA, Lorenzo Garrido H. Obesidad infantil — Protocolos SEGHNPAEP, 2023. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

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

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

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