

"Canetas emagrecedoras" (agonistas de GLP-1) em crianças e adolescentes

Nota Técnica SBP nº 63 (24/08/2026) comparada com AAP CPG 2023 e FDA, NICE NG246/NHS CEW/MHRA, AEP/SEEP e AEMPS, SIEDP/SIP/SICP, EMA, Harvard (Boston Children's) e Johns Hopkins.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076
Professor do Centro Universitário Max Planck · Departamento SBP: Endocrinologia
Atualização SBP: Nota Técnica nº 63 de 24/08/2026 · Análise: setembro de 2026

Resumo com convergências e divergências entre a atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria e AAP, NICE, AEP, Sociedade Italiana de Pediatria, Harvard (Boston Children's) e Johns Hopkins Children's Center. [Documento original da SBP](#) (acervo, associados) · [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que a SBP recomenda
2. Posição das referências internacionais
3. Concordâncias e discordâncias
4. Síntese
5. Fontes

EM RESUMO

A Nota Técnica nº 63 responde à banalização dos agonistas do receptor de GLP-1 (liraglutida, semaglutida e o duplo agonista GIP/GLP-1 tirzepatida) nas redes sociais. A SBP pede que se abandone a expressão "canetas emagrecedoras" em favor de **"medicamentos para tratar a obesidade"**, reafirma a obesidade como doença crônica e lista as **indicações aprovadas pela ANVISA** até agosto/2026: liraglutida no DM2 ≥ 10 anos e na obesidade ≥ 12 anos com peso > 60 kg; semaglutida na obesidade ≥ 12 anos e > 60 kg; tirzepatida no DM2 ≥ 10 anos. Não há indicação para obesidade abaixo de 12 anos. O documento contraindica uso estético, perda rápida antes de eventos, compra pela internet, produtos sem registro e **manipulados**, lembra a **receita em duas vias com retenção** e dá 13 orientações práticas — da avaliação de saúde mental e comportamento alimentar à notificação de eventos adversos. As referências internacionais concordam com a idade mínima regulatória, com o uso sempre associado a estilo de vida e com o combate ao uso estético e clandestino. As diferenças estão na **intensidade da recomendação**: a **AAP (2023)** manda *oferecer* farmacoterapia a todo adolescente ≥ 12 anos com obesidade, sem "vigilância expectante", e aceita 8–11 anos; o **NICE (NG246, 2025)** não recomenda medicamento abaixo de 12 anos e, a partir daí, só orlistate com comorbidades, iniciado em serviço pediátrico especializado (as avaliações dos GLP-1 cobrem apenas adultos); Espanha e Itália ficam entre as duas. Faltam à nota o critério de IMC ($\geq p95$), a eficácia esperada, o reganho após a suspensão e o tratamento comportamental intensivo como base.

1. O que a SBP recomenda

Documento: Nota Técnica nº 63, 24/08/2026, 8 p. DC de Endocrinologia (pres. Crésio de Aragão Dantas Alves; sec. Isabel Rey Madeira).

TEMA	CONTEÚDO
Mecanismo	Incretínicos: ↑ saciedade, ↓ ingestão, retardo do esvaziamento gástrico, ↑ secreção de insulina; regulados para obesidade e DM2, não para fins estéticos
Linguagem	Substituir "canetas emagrecedoras" por " medicamentos para tratar a obesidade " — evitar estigma e banalização
Indicações ANVISA (ago/2026)	Liraglutida : DM2 ≥ 10 anos; obesidade ≥ 12 anos e > 60 kg. Semaglutida : obesidade ≥ 12 anos e > 60 kg. Tirzepatida : DM2 ≥ 10 anos (monoterapia se intolerância à metformina, ou combinada). Nenhuma indicação para obesidade < 12 anos
Prescrição	Médico assistente; critérios clínicos e laboratoriais; indicação regulatória e faixa etária; reavaliação periódica de eficácia, tolerabilidade e crescimento; receita em 2 vias com retenção, validade 90 dias
Não indicação	Adolescente com peso adequado; padrão estético; perda rápida antes de eventos; "compensar" alimentação ou sedentarismo; automedicação, consulta informal ou pela internet; produtos sem registro; manipulados e importados sem registro
Contraindicações	Hipersensibilidade; gestação e lactação; carcinoma medular de tireoide ou NEM2 pessoal/familiar; pancreatite prévia é relativa
Eventos adversos	GI no escalonamento (titular conforme bula, retardar ou voltar dose); refluxo; diarreia; constipação; perda de massa magra (proteína + treino de força); graves: pancreatite, colelitíase, hipoglicemia — suspender
Riscos sem acompanhamento	Déficit de crescimento e de maturação, deficiências nutricionais, desidratação, "efeito sanfona", gatilho para transtornos alimentares , ansiedade e depressão ligadas à imagem corporal
Adolescente que pede a "caneta"	Só se obesidade ou DM2, e mesmo assim sem prescrição automática: avaliar intervenções prévias, gravidade, comorbidades, capacidade de acompanhamento e expectativas; perguntar por que, quanto e por indicação de quem
13 orientações práticas	Obesidade sem estigma; confirmar diagnóstico; crescimento, puberdade e comorbidades; comportamento alimentar, saúde mental e imagem corporal; identificar princípio ativo e procedência; conferir indicação aprovada; não recomendar canais clandestinos; não presumir equivalência entre manipulado e industrializado ; explicar riscos; monitorar peso, IMC e crescimento; reavaliar continuidade; sinais de alarme; notificar farmacovigilância

Não aborda: critério antropométrico (IMC ≥ p95; obesidade grave ≥ 120% do p95); eficácia esperada (STEP TEENS –16,1% do IMC; SCALE Teens –4,6 pontos percentuais vs placebo); **tratamento comportamental intensivo como base** (AAP: ≥ 26 h em 3–12 meses); uso entre 8 e 11 anos (consenso AAP; extensão EMA da liraglutida para 6–11 anos); duração do tratamento e **reganho após suspensão**; ideação suicida (revisões FDA e EMA sem causalidade); custo e acesso (fora do SUS); outras opções (metformina, orlistate, fentermina-topiramato, setmelanotida); cirurgia bariátrica; contracepção; publicidade médica (CFM Res. 2.336/2023).

2. Posição das referências internacionais

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
EUA — AAP / FDA	Hampl SE et al. — AAP Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity (Pediatrics 2023;151:e2022060640) ; Weghuber D et al. — STEP TEENS (NEJM 2022;387:2245) ; Kelly AS et al. — SCALE Teens (NEJM 2020;382:2117) ; Fox CK et al. — SCALE Kids (NEJM 2024)	Obesidade = IMC $\geq$ p95; grave $\geq$ 120% do p95. KAS 12: o pediatra deve oferecer farmacoterapia a adolescentes $\geq$ 12 anos com obesidade , como adjuvante do tratamento comportamental intensivo ($\geq$ 26 h em 3–12 meses); pode considerar 8–11 anos (consenso, off-label); sem "vigilância expectante" ; bariátrica a partir de 13 anos na obesidade grave. FDA: liraglutida 3 mg $\geq$ 12 anos (2020), semaglutida 2,4 mg $\geq$ 12 anos (2022), orlistate e fentermina-topiramato $\geq$ 12 anos, setmelanotida $\geq$ 2 anos (obesidade monogênica). Eficácia: semaglutida –16,1% do IMC vs +0,6% (73% perderam $\geq$ 5%); liraglutida –4,6 pontos percentuais em relação ao placebo; liraglutida 6–11 anos –5,8% vs +1,6%. FDA (2024) e EMA (PRAC, 2024) sem causalidade para ideação suicida, mas com triagem de saúde mental
Reino Unido — NICE / NHS / MHRA	NICE NG246 — Overweight and obesity management (jan/2025) ; NICE TA875 — Semaglutide for managing overweight and obesity ; NHS England — Complications from Excess Weight (CEW) clinics (2021); MHRA — alertas sobre compra on-line e canetas falsificadas	< 12 anos, medicamento não recomendado (salvo circunstâncias excepcionais com comorbidades graves); $\geq$ 12 anos, apenas orlistate com comorbidades, iniciado em serviço pediátrico especializado ; as avaliações de liraglutida, semaglutida e tirzepatida valem só para adultos ; cirurgia < 18 anos excepcional. O único cenário de GLP-1 pediátrico no NHS são as ~30 clínicas CEW (2–18 anos, obesidade grave com complicações). MHRA: alertas repetidos sobre produtos falsificados e venda ilegal
Espanha — AEP / SEEP / AEMPS	Guía de práctica clínica sobre obesidad infantil (Ministerio de Sanidad, atualização 2023–24) (<i>não verificado</i>); AEMPS — alertas sobre uso fora de indicação e desabastecimento de Ozempic (2023)	Farmacoterapia como adjuvante na obesidade grave $\geq$ 12 anos , em unidades de endocrinologia pediátrica; indicações iguais às da EMA; sem financiamento pelo SNS para obesidade; alertas da AEMPS contra uso estético
Itália — SIEDP / SIP / SICP	Maffei C, Valerio G et al. — Position statement SIEDP/SIP/SICP sobre o tratamento da obesidade pediátrica (Ital J Pediatr 2023;49:69)	Farmacoterapia (liraglutida e, depois, semaglutida) $\geq$ 12 anos como segundo degrau, após intervenção no estilo de vida sem resposta suficiente ; metformina off-label na resistência insulínica; bariátrica após a puberdade em centros especializados
Europa — EMA	EMA — Saxenda (liraglutida) EPAR ; EMA — Wegovy (semaglutida) EPAR	Liraglutida $\geq$ 12 anos (IMC equivalente a $\geq$ 30 no adulto e peso > 60 kg) e extensão para 6–11 anos (2025; IMC $\geq$ p95 e peso $\geq$ 45 kg — SCALE Kids); semaglutida $\geq$ 12 anos (IMC $\geq$ p95, > 60 kg). Regra de suspensão após 12 semanas na dose de manutenção: semaglutida, perda < 5% do IMC; liraglutida, < 4% do IMC ou do escore z
Harvard — Boston Children's (OWL)	Optimal Weight for Life Program	Programa multidisciplinar; GLP-1, metformina e fentermina-topiramato $\geq$ 12 anos como adjuvantes do tratamento comportamental; ênfase em seguimento de longo prazo
Johns Hopkins	Johns Hopkins Children's Center — programa de controle de peso pediátrico (<i>não verificado</i>)	Segue a AAP 2023: avaliação multidisciplinar, farmacoterapia $\geq$ 12 anos, cirurgia em casos selecionados
Brasil — ANVISA / ABESO / SBEM	Bulas ANVISA (Saxenda, Wegovy, Mounjaro); ABESO/SBEM — posicionamentos 2024–25; CFM Res. 2.336/2023	Idades conforme a SBP; ABESO/SBEM $\geq$ 12 anos como adjuvante; contra uso estético e manipulados; ANVISA: manipulação exige insumo com registro, fiscalização intensificada 2024–26; nenhum desses medicamentos no SUS

3. Concordâncias e discordâncias

TEMA	SBP	AAP/FDA	NICE/NHS	AEP/AEMPS	SIEDP/SIP/SICP	EMA	HARVARD	J. HOPKINS	LEITURA
Idade mínima (obesidade)	≥ 12 anos	≥ 12 (8–11 off-label por consenso)	< 12 não recomendado; ≥ 12 só orlistate em serviço especializado (GLP-1 só adultos; clínicas CEW)	≥ 12	≥ 12	≥ 12; liraglutida 6–11	≥ 12	≥ 12	Concordância, exceto NICE (mais restritivo) e AAP/EMA (abrem < 12)
Critério antropométrico	Não define	IMC ≥ p95	Comorbidade grave	Obesidade grave	IMC elevado + falha	IMC ≥ 30 equivalente e > 60 kg	≥ p95	≥ p95	Lacuna da SBP
Força da recomendação	"Não automática"; decisão individual	Oferecer a todos ≥ 12	Não recomendar (regra)	Casos graves	Após falha do estilo de vida	Adjuvante	Adjuvante	Oferecer	Divergência entre AAP (proativa) e NICE (restritiva); SBP próxima da Europa continental
Base comportamental	Estilo de vida citado	≥ 26 h de tratamento intensivo	Serviço multicomponente	Sim	Sim (1º degrau)	Sim	Sim	Sim	Concordância no princípio; SBP sem dose de intervenção
Fim estético / peso normal	Contraindicado	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Concordância plena
Manipulados e compra on-line	Contraindicados	FDA: alertas sobre compostos	MHRA: alertas	AEMPS: alertas	Sim	Sim	—	—	Concordância
Eficácia esperada	Não informa	–16% (semaglutida), –5% (liraglutida)	—	—	—	Suspender se resposta insuficiente em 12 sem (< 5% semaglutida; < 4% liraglutida)	—	—	Lacuna
Duração e reganho	"Reavaliar continuidade"	Tratamento crônico; reganho após parar	—	—	—	—	Longo prazo	—	Lacuna
Saúde mental e TA	Destaque (triagem, imagem corporal)	Triagem	—	—	—	Monitorar ideação	—	—	SBP mais explícita — ponto forte
Acesso público	Não discute	Cobertura variável	Só clínicas CEW	Sem financiamento	Classe C	—	—	—	Lacuna (Brasil: fora do SUS)

4. Síntese

A nota da SBP é, sobretudo, um alerta de segurança contra o uso banalizado — e nesse ponto coincide com todas as referências: agonistas de GLP-1 tratam uma doença crônica, exigem prescrição e acompanhamento, não servem para fins estéticos e não devem ser comprados na internet nem manipulados. Seu ponto mais forte, que poucas referências tratam com o mesmo peso, é a atenção à **saúde mental, à imagem corporal e ao risco de transtorno alimentar** em adolescentes que pedem a "caneta". A diferença com o cenário internacional está na postura clínica diante do adolescente *com* obesidade. A **AAP (2023)** inverteu a lógica histórica: não há mais espera — o pediatra deve oferecer tratamento comportamental intensivo e, a partir dos 12 anos, farmacoterapia, com eficácia documentada

(semaglutida –16% do IMC em 68 semanas). O **NICE** segue o caminho oposto: abaixo de 18 anos, medicamento só em serviço pediátrico especializado, e os agonistas de GLP-1 têm avaliação apenas para adultos. Espanha e Itália adotam posição intermediária — obesidade grave, após falha do estilo de vida, em centros especializados — que é também a leitura implícita da SBP ("prescrição não automática"). Para o pediatra brasileiro, a nota deixaria de ser apenas restritiva se trouxesse os critérios objetivos (IMC $\geq$ p95 ou obesidade grave com comorbidades), a eficácia a esperar, a regra europeia de suspensão por resposta insuficiente em 12 semanas e a informação de que o **reganho após a suspensão é a regra** — o que muda a conversa com a família sobre duração e custo.

OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

1. **Indicação na obesidade:** $\geq$ 12 anos, peso $>$ 60 kg, IMC $\geq$ p95 (idealmente obesidade grave ou com comorbidades), após ou junto a tratamento comportamental estruturado; semaglutida é a mais eficaz, liraglutida a alternativa; tirzepatida só tem indicação pediátrica no DM2 ($\geq$ 10 anos).
2. **Avaliar antes:** crescimento e puberdade, comorbidades (DM2, esteatose, HAS, dislipidemia, apneia), comportamento alimentar e saúde mental (rastrear transtorno alimentar, depressão e ideação suicida) e expectativas da família.
3. **Monitorar:** peso, IMC e velocidade de crescimento; sintomas GI; dor abdominal (pancreatite, colelitíase); humor; considerar suspender se, após 12 semanas na dose de manutenção, a redução do IMC for $<$ 5% (semaglutida) ou $<$ 4% (liraglutida) — critérios EMA.
4. **Explicar à família** que o tratamento é de longo prazo e que o peso tende a voltar quando o medicamento é interrompido; orientar contracepção em adolescentes sexualmente ativas (contraindicado na gestação).
5. **Nunca** prescrever para fim estético, adolescente com peso normal ou "perda rápida"; não aceitar produtos manipulados, importados ou sem procedência; receita em 2 vias com retenção.

5. Fontes

- SBP. Uso de "canetas emagrecedoras" em crianças e adolescentes: indicações, limites e riscos do uso inadequado. Nota Técnica nº 63, Departamento de Endocrinologia, 24/08/2026. sbp.com.br
- Hampl SE et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. Pediatrics 2023;151:e2022060640. doi.org/10.1542/peds.2022-060640
- Weghuber D et al. Once-weekly semaglutide in adolescents with obesity (STEP TEENS). N Engl J Med 2022;387:2245–57. Kelly AS et al. A randomized, controlled trial of liraglutide for adolescents with obesity (SCALE Teens). N Engl J Med 2020;382:2117–28. Fox CK et al. Liraglutide for children 6 to $<$ 12 years of age with obesity (SCALE Kids). N Engl J Med 2024.
- FDA. Drug Safety Communication — GLP-1 receptor agonists and suicidal ideation (jan/2024). EMA/PRAC. GLP-1 receptor agonists: no evidence of causal association with suicidal thoughts (abr/2024).
- NICE. NG246 — Overweight and obesity management (2025). nice.org.uk/guidance/ng246. NICE TA875 (semaglutida, adultos). NHS England. Complications from Excess Weight clinics (2021). MHRA. Alertas sobre canetas falsificadas e venda on-line (2023–25).
- Ministerio de Sanidad (Espanha). Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. AEMPS. Notas sobre semaglutida (2023).
- Maffei C, Valerio G et al. Position statement SIEDP/SIP/SICP on the treatment of pediatric obesity. Ital J Pediatr 2023;49:69. doi.org/10.1186/s13052-023-01458-z
- EMA. Saxenda — EPAR (extensão 6–11 anos); Wegovy — EPAR.
- Boston Children's Hospital. Optimal Weight for Life (OWL) Program. Johns Hopkins Children's Center. Pediatric weight management.
- ANVISA. Bulas de Saxenda, Wegovy e Mounjaro; regras de retenção de receita para agonistas de GLP-1. ABESO/SBEM. Posicionamentos 2024–25. CFM. Resolução nº 2.336/2023.

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

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