— RESUMO TÉCNICO

Guias da OMS para o Manejo da Obesidade em Crianças e Adolescentes

Resumo dos principais pontos dos dois guias da Organização Mundial da Saúde, publicados em 2026.

— O CONTEXTO

O problema que os guias endereçam

A obesidade em crianças e adolescentes cresceu de forma acentuada nas últimas décadas. Segundo os guias, a prevalência global entre crianças e adolescentes ficou em cerca de **8%** em 2022. Uma análise de 2024 estimou que aproximadamente **160 milhões** de crianças e adolescentes tinham obesidade em 2021, com projeção de ultrapassar **250 milhões** até 2030.

A OMS descreve ainda que a obesidade e problemas de saúde mental associados, como ansiedade e depressão, podem levar a estigma, discriminação e dificuldade de acesso a cuidados de saúde, gerando ou agravando a incapacidade associada à obesidade. Por isso, os guias complementam as diretrizes de prevenção já existentes e se voltam a quem já tem obesidade, com um cuidado integrado, centrado na pessoa e baseado na atenção primária à saúde.

— O QUE MUDOU

Dois guias, duas faixas etárias

A OMS publicou dois documentos em 2026. O guia de crianças cobre de **29 dias a menos de 10 anos**, e o de adolescentes cobre de **10 a 19 anos**. Os dois partem da mesma lógica: o ponto de partida é um programa multimodal, que combina dieta, atividade física e componentes comportamentais, conduzido por profissionais com conhecimento nessas áreas e com a participação da família.

A diferença está no que vem depois, quando o programa não basta. Para crianças de 0 a 9 anos, medicamentos, cirurgia bariátrica e dispositivos de perda de peso **não são recomendados**. Para adolescentes, medicamentos e cirurgia entram como opção condicional, apenas depois de um programa supervisionado de **pelo menos seis meses** que não deu resultado.

— DIETA

Dieta estruturada, conduzida por quem entende de nutrição

Os dois guias recomendam uma dieta estruturada como um dos componentes do manejo. No guia de crianças, a recomendação vale para quem tem **mais de 2 anos**. A dieta deve ser conduzida e supervisionada por profissional com conhecimento em nutrição e envolver pais ou cuidadores, considerando idade, gênero, estado de saúde, preferências alimentares, frequência das refeições, educação nutricional e contexto cultural.

Antes de prescrever, a avaliação deve cobrir saúde física e mental, história pessoal e familiar, ambiente e **risco de transtorno alimentar**. A comunicação precisa ser empática, motivacional, culturalmente adequada e não estigmatizante. Os guias listam exemplos de modificações dietéticas, como restrição calórica, mudança na distribuição de macronutrientes e restrição de sal, açúcar ou ultraprocessados, mas não recomendam um tipo específico. O efeito encontrado foi pequeno, com baixo risco de eventos adversos.

A OMS lembra ainda que famílias de baixa renda enfrentam mais insegurança alimentar, e que o custo de uma alimentação saudável pode ser uma barreira ao plano.

— ATIVIDADE FÍSICA

Atividade física, sedentarismo e sono

Os dois guias recomendam um plano estruturado de atividade física, combinado com a criança ou o adolescente e a família. Como referência, citam as diretrizes da OMS sobre atividade física e comportamento sedentário (2020; 2019 para menores de 5 anos): para quem tem **5 anos ou mais**, em média **pelo menos 60 minutos por dia** de atividade moderada a vigorosa, principalmente aeróbica, ao longo da semana, com atividades vigorosas e de fortalecimento muscular e ósseo em pelo menos três dias por semana.

Para menores de 5 anos, a referência é mais gradual. Lactentes devem se movimentar várias vezes ao dia, com pelo menos 30 minutos de bruços acordados quando ainda não se locomovem. De 1 a 2 anos, o mínimo é de 180 minutos de atividades variadas. De 3 a 4 anos, são 180 minutos, dos quais 60 em intensidade moderada a vigorosa.

As diretrizes de 2020 pedem limitar o tempo sedentário, em especial o de tela recreativa, e os guias apontam que atividades divertidas e não competitivas tendem a ser mais aceitas. Problemas de saúde mental podem levar a inatividade, alterações do sono e isolamento, e por isso devem ser avaliados junto com a obesidade.

— COMPORTAMENTO E SAÚDE DIGITAL

Mudança de comportamento e saúde digital

A mudança de comportamento é **recomendada** nos dois guias, com tipo e duração ajustados a idade, contexto cultural e apoio da família. A lista de exemplos, não exaustiva, inclui terapia comportamental e cognitivo-comportamental, automonitoramento, definição de metas, controle de estímulos, resolução de problemas, técnicas motivacionais, mindfulness e redução de estresse.

Quando há problemas de saúde mental coexistentes ou a intervenção não produz progresso, os guias apontam a necessidade de encaminhar a serviço especializado, com notificação por escrito aos demais profissionais e comunicação clara e compassiva com a família.

A saúde digital recebe recomendação **condicional**, sempre com supervisão de pais ou cuidadores e, no guia de crianças, para quem tem mais de 2 anos. A evidência é limitada: o efeito sobre peso, IMC e circunferência da cintura foi pequeno em relação ao cuidado convencional. A revisão encomendada incluiu 15 estudos, todos com participantes de 10 a 19 anos, e só cinco incluíram também crianças de 0 a 9 anos, o que reduziu a certeza do guia de crianças por indiretividade. Jogos ativos, aplicativos de atividade física e pedômetros aparecem como exemplos, e os guias lembram que mais de **duas horas por dia** de tela recreativa se associam a desfechos prejudiciais.

— MEDICAMENTOS

Medicamentos só depois do programa, e só em adolescentes

Para crianças de 0 a 9 anos, a OMS **não recomenda** tratamento farmacológico, com recomendação forte e evidência baixa. A revisão Cochrane encomendada pela OMS não encontrou estudos em menores de 6 anos e, entre os oito estudos com crianças de 6 anos ou mais, sete avaliaram metformina e um avaliou liraglutida.

Para adolescentes de 10 a 19 anos, a recomendação é condicional, com evidência baixa. O tratamento é sugerido apenas para quem tem obesidade e complicações associadas, como diabetes tipo 2, resistência à insulina, hipertensão não controlada, alterações lipídicas ou problemas de saúde mental, e somente depois de um programa multimodal estruturado e supervisionado de **pelo menos seis meses** que não conseguiu levar à perda de peso, limitar o ganho ou melhorar as complicações.

A prescrição deve ocorrer em serviço multidisciplinar especializado, após avaliação do desenvolvimento puberal, da altura final e da estabilidade psicológica, com monitoramento de eventos adversos, seguimento de longo prazo e participação do adolescente e da família nas decisões de iniciar e de suspender. A recomendação não cita fármacos. A revisão de evidência que a sustenta incluiu, entre outros, metformina, análogos de GLP-1 (semaglutida, exenatida e liraglutida), sibutramina, orlistate e topiramato, em estudos de curta duração e, em sua maioria, realizados em países de alta renda.

— CIRURGIA BARIÁTRICA

Cirurgia bariátrica e dispositivos

Para crianças de 0 a 9 anos, cirurgia bariátrica e dispositivos de perda de peso **não são recomendados**. A recomendação é forte mesmo sem evidência, porque o grupo considerou que a cirurgia em idade tão precoce pode causar dano significativo.

Para adolescentes, são duas recomendações. A primeira, condicional e com evidência baixa, sugere a cirurgia para obesidade grave: IMC para idade acima de **4 desvios-padrão** da mediana da referência de crescimento da OMS, ou acima de **3 desvios-padrão** com complicações associadas. Isso só depois do programa multimodal de pelo menos seis meses sem resultado. A revisão encontrou dois ensaios randomizados e três estudos não randomizados, com redução de IMC e de peso maior do que sem cirurgia.

A segunda, forte e com evidência baixa, trata das condições de realização: serviço multidisciplinar especializado, avaliação do desenvolvimento puberal completo, da altura final, da estabilidade psicológica e da adesão a hábitos saudáveis, monitoramento de eventos adversos, seguimento de longo prazo e apoio para uma decisão informada. Para dispositivos de perda de peso em adolescentes, o grupo não pôde fazer recomendação por falta de evidência.

— PROGRAMA MULTIMODAL

Programa multimodal e seguimento

O programa multimodal é a base dos dois guias: a combinação de dieta, atividade física e componentes comportamentais, que pode incluir mudanças de sono e de comportamento sedentário, tecnologias digitais e envolvimento de família, amigos, escola e comunidade. A recomendação é **forte**, com evidência de certeza muito baixa, e o programa deve ser conduzido e supervisionado por profissionais com conhecimento em nutrição, atividade física e mudança de comportamento.

A avaliação inicial deve reunir medidas antropométricas, história familiar e médica detalhada, fatores psicossociais e comportamentais, como hábitos alimentares, atividade física e rotinas de sono, e exames laboratoriais quando apropriado. Pais e cuidadores podem apoiar o processo, mudar os próprios comportamentos e adaptar o estilo parental, o que pode aumentar a efetividade.

Os resultados encontrados foram pequenos, com efeitos sobre IMC, bem-estar físico e qualidade de vida, semelhantes em serviços de saúde e em ambientes comunitários, como escolas, igrejas e centros comunitários. Nas intervenções comunitárias, a revisão encontrou pouca ou nenhuma diferença no escore z de IMC aos 12 e aos 24 meses, nas duas faixas etárias. Não há intervalo ideal de seguimento: a frequência das consultas deve considerar a condição clínica, as comorbidades, o uso de medicamentos e a vulnerabilidade social.

— EM TODAS AS RECOMENDAÇÕES

O que atravessa os dois guias

Saúde mental e obesidade devem ser abordadas cedo e em conjunto. Ansiedade, depressão, baixa autoestima e desregulação emocional podem levar a hábitos alimentares pouco saudáveis, e os guias pedem estratégias inclusivas, adequadas ao desenvolvimento e que envolvam a família.

A comunicação deve ser não julgadora e não estigmatizante. Renda, escolaridade, cultura e acesso aos serviços influenciam os resultados, e os custos podem recair sobre as famílias. O acesso é menor para meninas, grupos minorizados e pessoas com deficiência.

Os guias defendem ainda ação intersetorial, com políticas que garantam ambientes ativos, como acesso gratuito a parques e áreas de lazer, e o apoio de governos, escolas e comunidade. Em alguns casos, pode ser necessário encaminhar da atenção primária a serviços especializados ou a equipes multidisciplinares.

— COMO FOI FEITO

Metodologia dos guias

As recomendações partem de revisões sistemáticas de evidências encomendadas pela OMS para cada pergunta definida pelo comitê diretor de obesidade e pelo grupo de desenvolvimento das diretrizes, depois de uma consulta pública sobre as perguntas e os desfechos. O grupo ponderou benefícios, danos, equidade, viabilidade, aceitabilidade, custos e as preferências de crianças, adolescentes e cuidadores. A força e a redação de cada recomendação foram votadas de forma anônima, com aprovação por dois terços do grupo. Os textos finais passaram por revisão externa e foram aprovados pelo Comitê de Revisão de Diretrizes da OMS.

Os próprios guias reconhecem que a certeza da evidência é baixa ou muito baixa na maioria das recomendações. Pedem estudos mais bem desenhados, com seguimento longo, que avaliem benefícios e danos a longo prazo, eventos adversos graves, reganho de peso e custos, além de desfechos importantes para os pacientes, como bem-estar físico e mental, qualidade de vida e redução da incapacidade associada à obesidade.

— REFERÊNCIA

Os guias

WHO guideline on the integrated management of obesity in adolescents. Geneva: World Health Organization; 2026. ISBN 978-92-4-012387-8.

WHO guideline on the integrated management of obesity in children. Geneva: World Health Organization; 2026. ISBN 978-92-4-012339-7.

@nutricaodadepressao
nutricaodadepressao.com.br