

FUNDAMENTOS E PRÁTICAS

PEDIÁTRICAS E NEONATAIS

Edição XXX

Capítulo 18

AGONISTAS DO RECEPTOR DE GLP-1 NA OBESIDADE PEDIÁTRICA: EVIDÊNCIAS ATUAIS, SEGURANÇA E PERSPECTIVAS

FELIPE SOMAVILA¹
VITÓRIA VIVIANE CICERI BUFFON¹
PRISCILA WATHIER¹
JÚLIA LISBÔA DE BRAGA¹
MANUELA OLIVERA SCHAEFFER¹
VALENTINA CICERI BUFFON¹
ÉDINA MAIARA FRITZEN MENTGES¹
ANA JÚLIA MICHELON¹
RHAINA PAGLIOCCHI DE CONTO¹
TAIANE NORBAK¹
VICTOR HUGO DRESCH¹
BIBIANA PETRY GARDUMI¹
ANGELINA BRILL¹
JOANNA BASTOS BORTOLON¹
EDUARDO ANTÔNIO RHODEN DE ARAUJO²

¹Discente - Medicina da Universidade FEEVALE, Novo Hamburgo, RS, Brasil.

²Docente - Medicina da Universidade FEEVALE, Novo Hamburgo, RS, Brasil.

Palavras-chave: Obesidade Pediátrica; Agonistas do Receptor de GLP-1; Farmacoterapia.

DOI

10.59290/0821200696

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A obesidade pediátrica é uma doença crônica, multifatorial e recidivante, resultante da interação entre predisposição biológica, ambiente, determinantes sociais e comportamentais. Diferentemente dos adultos, cuja classificação antropométrica se baseia em pontos de corte absolutos do índice de massa corporal (IMC), em crianças e adolescentes o IMC deve ser interpretado em relação à idade e ao sexo por meio de curvas de crescimento, que permitem expressá-lo em percentis ou escores-Z. Segundo as curvas de referência da Organização Mundial da Saúde (OMS), em indivíduos de 5 a 19 anos, obesidade corresponde a IMC-para-idade $> +2$ desvios-padrão; formas graves podem ser caracterizadas por IMC $\geq 120\%$ do percentil 95 ou escore-Z $\geq +3$, conforme o referencial classificatório adotado. Sua relevância ultrapassa a trajetória ponderal: crianças e adolescentes com obesidade apresentam maior risco de resistência insulínica, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão, dislipidemia, doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica, apneia obstrutiva do sono e complicações musculoesqueléticas. No Brasil, entre indivíduos acompanhados na Atenção Primária à Saúde em 2023, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional registrou excesso de peso em 29,38% das crianças de 5-9 anos e em 31,33% dos adolescentes, com obesidade em 14,32% e 12,69%, respectivamente. Por se tratar de população acompanhada na Atenção Primária, esses valores não correspondem a estimativas de prevalência populacional nacional (BRASIL, 2023).

As repercussões psicossociais também integram a carga da doença. Estigma relacionado ao peso, *bullying*, insatisfação corporal e prejuízo da autoestima podem comprometer a experiência da infância e da adolescência. Em

revisão sistemática e metanálise, o estigma relacionado ao peso apresentou associação consistente com piores desfechos de saúde mental em jovens, reforçando a necessidade de linguagem não estigmatizante e de avaliação que ultrapasse parâmetros metabólicos (WAR-NICK *et al.*, 2022).

O tratamento permanece fundamentado em intervenções multicomponentes envolvendo alimentação, atividade física, sono, comportamento sedentário, saúde mental e participação familiar. Entretanto, obesidade moderada ou grave pode exigir intensificação terapêutica proporcional à gravidade e às comorbidades. Diretrizes contemporâneas incorporaram a farmacoterapia ao tratamento multimodal em pacientes selecionados. A Academia Americana de Pediatria recomenda que adolescentes a partir dos 12 anos com obesidade recebam oferta de farmacoterapia quando indicada, como adjuvante ao tratamento comportamental e de estilo de vida (HAMPL *et al.*, 2023). A diretriz canadense de 2025 também sugere considerar agonistas de GLP-1 a partir dos 12 anos, embora classifique a recomendação como condicional diante da certeza ainda limitada da evidência (BALL *et al.*, 2025). No Brasil, posicionamento conjunto da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica e da Sociedade Brasileira de Pediatria reconhece os agonistas do receptor de GLP-1 como opção farmacológica preferencial quando disponíveis, mantendo a farmacoterapia integrada às mudanças de estilo de vida e ao acompanhamento longitudinal (ABESO; SBP, 2026).

Diante da rápida expansão da evidência e das especificidades próprias do tratamento durante crescimento e desenvolvimento, este capítulo tem como objetivo sintetizar criticamente as evidências atuais sobre eficácia, segurança e efetividade dos agonistas do recep-

tor de GLP-1 na obesidade pediátrica, discutindo sua aplicação clínica, acompanhamento, limitações e perspectivas terapêuticas.

MÉTODO

Este capítulo foi fundamentado em revisão integrativa estruturada da literatura. A busca foi realizada no PubMed/MEDLINE em 21 de agosto de 2026, por estratégia sensível que combinou termos relacionados a agonistas do receptor de GLP-1, obesidade e população pediátrica, sem restrições de período, idioma ou desenho e com exclusão lógica de estudos exclusivamente animais. Foram elegíveis estudos clínicos originais com crianças ou adolescentes com obesidade tratados com agonistas isolados de GLP-1 para controle ponderal, incluindo ensaios clínicos, coortes, estudos de mundo real, estudos de manutenção e análises secundárias com informação adicional pertinente. Excluíram-se estudos exclusivamente adultos, experimentais ou animais, revisões, diretrizes, relatos de caso, protocolos sem resultados, obesidades secundárias sem aplicabilidade à obesidade pediátrica comum e estudos de multiagonistas sem efeito separável. Dos 394 registros triados, 37 publicações compuseram o corpus; 28 foram analisadas em texto integral e nove a partir do resumo disponível. Publicações derivadas do mesmo ensaio foram vinculadas ao estudo de origem. A síntese narrativa e crítica considerou eficácia antropométrica, efeitos cardiometabólicos e sobre composição corporal, segurança, manutenção da resposta, efetividade, persistência e heterogeneidade individual. Diretrizes e documentos institucionais foram utilizados complementarmente para contextualização clínica, regulatória e brasileira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fundamentos e evidências de eficácia

O GLP-1 é uma incretina secretada após a ingestão alimentar que participa da regulação glicêmica e do controle da ingestão energética. Seus agonistas aumentam a saciedade, reduzem o consumo alimentar, modulam de maneira glicose-dependente a secreção de insulina e glucagon e retardam o esvaziamento gástrico, sobretudo no início da exposição. Na obesidade, o efeito terapêutico decorre principalmente da modulação do apetite e da ingestão, devendo ser integrado a intervenções nutricionais e comportamentais.

A evidência pediátrica evoluiu de pequenos ensaios de prova de conceito com exenatida para estudos de farmacocinética e segurança com liraglutida e, posteriormente, para ensaios confirmatórios de fase 3 com liraglutida e semaglutida. A robustez atual é maior para liraglutida em adolescentes e crianças de 6 a <12 anos e para semaglutida em adolescentes; a evidência para exenatida permanece baseada em estudos menores e com efeito antropométrico mais modesto.

No SCALE Teens, adolescentes tratados por 56 semanas com liraglutida associada a intervenção de estilo de vida apresentaram diferença de -0,22 no BMI-SDS e diferença de -4,64 pontos percentuais na variação percentual do IMC em relação ao placebo. Redução de pelo menos 5% do IMC ocorreu em 43,3% versus 18,7%, e redução de pelo menos 10% em 26,1% versus 8,1% (KELLY *et al.*, 2020).

O STEP TEENS demonstrou magnitude maior de resposta antropométrica com semaglutida 2,4 mg semanal. Em 68 semanas, a mudança média do IMC foi de -16,1% com semaglutida e +0,6% com placebo; 73% dos participantes tratados alcançaram redução ponderal $\geq 5\%$, comparados a 18% no grupo

placebo (WEGHUBER *et al.*, 2022). Esses dados representam a maior magnitude média observada entre os principais ensaios pediátricos disponíveis, mas não constituem evidência de comparação direta que demonstre superioridade sobre liraglutida ou outras moléculas.

O SCALE Kids ampliou a evidência para crianças de 6 a <12 anos. Após 56 semanas, a mudança percentual do IMC foi de -5,8% com

liraglutida e +1,6% com placebo, diferença de -7,4 pontos percentuais; 46% das crianças tratadas alcançaram redução $\geq 5\%$ do IMC, comparadas a 9% no placebo (FOX *et al.*, 2025). O estudo também avaliou crescimento, idade óssea e maturação puberal, sem diferenças relevantes entre grupos durante o horizonte estudado. Os principais ensaios confirmatórios estão resumidos no **Quadro 18.1**.

Quadro 18.1 Evidências clínicas essenciais dos principais ensaios pediátricos com agonistas de GLP-1

Estudo	População	Duração	Principal resultado antropométrico	Segurança/observação
SCALE Teens - liraglutida	12–17 anos	56 semanas	$\geq 5\%$ de redução do IMC: 43,3% vs. 18,7%	Eventos GI: 64,8% vs. 36,5%
STEP TEENS - semaglutida	12– <18 anos	68 semanas	IMC: -16,1% vs. +0,6%; $\geq 5\%$ de perda ponderal: 73% vs. 18%	Eventos GI: 62% vs. 42%; coletíase: 4% vs. 0%
SCALE Kids - liraglutida	6– <12 anos	56 semanas	IMC: -5,8% vs. +1,6%	Eventos GI: 80% vs. 54%

Fonte: Elaborado pelo autor com base em KELLY *et al.*, 2020; WEGHUBER *et al.*, 2022; e FOX *et al.*, 2025.

Os benefícios não se restringem necessariamente ao IMC. Análise secundária do STEP TEENS mostrou reduções placebo-subtraídas de aproximadamente 26% na insulina de jejum, 31% no HOMA-IR, 15% na ALT e 30% nos triglicerídeos, acompanhadas de pequenas alterações glicêmicas favoráveis (ARSLANI-AN *et al.*, 2026). Esses resultados, contudo, representam biomarcadores intermediários e não demonstram prevenção futura de diabetes, doença hepática avançada ou eventos cardiovasculares. Estudos de composição corporal sugerem redução predominante da massa adiposa, mas amostras pequenas, uso frequente de bioimpedância e desenhos observacionais impedem concluir preservação consistente da massa magra.

Indicação e posição terapêutica no contexto brasileiro

A indicação de farmacoterapia deve partir da compreensão de que o IMC-para-idade é marcador fundamental para diagnóstico e

acompanhamento, mas não resume a gravidade individual. Devem ser considerados trajetória ponderal, idade, estágio puberal, comorbidades cardiometabólicas e mecânicas, repercussões funcionais e psicossociais, tratamentos previamente instituídos, preferências familiares e capacidade de acompanhamento longitudinal.

As recomendações atuais não colocam a farmacoterapia como substituta das intervenções comportamentais. Os principais ensaios foram realizados em associação a intervenções de estilo de vida, e diretrizes contemporâneas recomendam o tratamento medicamentoso como adjuvante (HAMPL *et al.*, 2023; BALL *et al.*, 2025). No cenário brasileiro, o posicionamento ABESO/SBP considera os agonistas de GLP-1 a principal opção farmacológica quando disponíveis e ressalta a necessidade de individualizar a decisão conforme gravidade, perfil metabólico, comorbidades e acesso (ABESO; SBP, 2026).

Do ponto de vista regulatório, a liraglutida possui indicação brasileira para controle de peso em adolescentes a partir de 12 anos, com peso acima de 60 kg e obesidade segundo os pontos de corte especificados na aprovação, sempre associada a aconselhamento nutricional e atividade física (ANVISA, 2020). A semaglutida possui indicação para adolescentes ≥ 12 anos com obesidade e peso > 60 kg, como adjuvante a dieta hipocalórica e aumento da atividade física (ANVISA, 2023). Embora o SCALE Kids tenha demonstrado eficácia da liraglutida entre 6 e < 12 anos, evidência clínica publicada não equivale automaticamente a indicação regulatória no Brasil.

A escolha entre as opções disponíveis não deve ser reduzida à comparação numérica dos ensaios. Frequência de administração, expectativa de benefício, tolerabilidade, comorbidades, preferência do paciente e da família, experiência da equipe e possibilidade concreta de continuidade são determinantes. A semaglutida apresenta administração semanal e maior magnitude média de redução de IMC no principal ensaio adolescente, enquanto a liraglutida possui administração diária e evidência publicada em faixa etária pediátrica mais ampla. Nenhum ensaio pediátrico comparou diretamente as duas moléculas.

Segurança, tolerabilidade e acompanhamento

Os eventos adversos mais consistentes são gastrointestinais, sobretudo náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal, frequentemente mais intensos durante o escalonamento da dose. No SCALE Teens, eventos gastrointestinais ocorreram em 64,8% dos participantes com liraglutida e 36,5% com placebo, com descontinuação por eventos adversos em 10,4% (KELLY *et al.*, 2020). No STEP TEENS, ocorreram em 62% e 42%, respectivamente (WEGHUBER *et*

al., 2022); no SCALE Kids, em 80% e 54% (FOX *et al.*, 2025).

A titulação gradual e a educação prévia da família são componentes importantes do manejo. Sintomas persistentes ou intensos devem motivar avaliação da dose, hidratação e ingestão alimentar. Vômitos e diarreia prolongados podem provocar depleção volêmica e aumentar o risco de disfunção renal, especialmente na presença de outras condições predisponentes. A redução intensa da ingestão também exige atenção à qualidade da dieta e à adequação de proteínas, micronutrientes e energia necessária ao crescimento.

Eventos biliares merecem atenção. No STEP TEENS, colelitíase ocorreu em aproximadamente 4% dos adolescentes tratados com semaglutida e não foi registrada no placebo (WEGHUBER *et al.*, 2022). Pancreatite permanece evento infrequente, porém clinicamente relevante, e a Anvisa reforçou em 2026 alerta de farmacovigilância sobre pancreatite aguda associada aos agonistas de GLP-1, recomendando uso conforme indicação e acompanhamento profissional (ANVISA, 2026a). Dor abdominal intensa e persistente deve motivar avaliação imediata e interrupção do medicamento até esclarecimento diagnóstico.

Hipoglicemia não constitui efeito predominante dos GLP-1RA isoladamente por seu mecanismo glicose-dependente, mas o risco é maior quando há diabetes tratado concomitantemente com insulina ou secretagogos. A gestação também merece atenção específica na adolescência, com necessidade de aconselhamento reprodutivo e observância das informações de bula. Recomendações clínicas brasileiras destacam ainda história pessoal ou familiar de carcinoma medular de tireoide e neoplasia endócrina múltipla tipo 2 entre as situações que exigem especial atenção na decisão terapêutica (ABESO; SBP, 2026).

O seguimento pediátrico não deve se restringir ao peso. Além da trajetória do IMC, devem ser acompanhados crescimento linear, maturação puberal, comorbidades, qualidade da alimentação, sintomas gastrointestinais, comportamento alimentar, saúde mental e adesão. No SCALE Kids, altura, escore padronizado de altura, idade óssea e estágio de Tanner

evoluíram de maneira semelhante entre os grupos durante 56 semanas; o achado é tranquilizador no horizonte estudado, mas não exclui efeitos após vários anos de exposição (FOX *et al.*, 2025). Os principais componentes práticos do acompanhamento estão sintetizados no **Quadro 18.2**.

Quadro 18.2 Acompanhamento clínico durante o tratamento com agonistas do receptor de GLP-1

Domínio	Avaliação prioritária
Antes do tratamento	Gravidade, comorbidades, crescimento/puberdade, comportamento alimentar, saúde mental, contraindicações e possibilidade de continuidade
Durante a titulação	Sintomas gastrointestinais, hidratação, ingestão alimentar e tolerabilidade
Resposta	Trajetória de IMC/peso, comorbidades e repercussões funcionais
Segurança	Sintomas biliares/pancreáticos, desidratação e hipoglicemia quando pertinente
Seguimento pediátrico	Crescimento, puberdade, adequação nutricional, comportamento alimentar e saúde mental
Continuidade	Benefício, tolerabilidade, adesão, preferência compartilhada e acesso sustentável

Fonte: Elaborado pelo autor a partir das evidências dos principais ensaios e das recomendações clínicas nacionais (ABESO & SBP, 2026; KELLY *et al.*, 2020; WEGHUBER *et al.*, 2022; FOX *et al.*, 2025).

Desde junho de 2025, os medicamentos agonistas de GLP-1 estão sujeitos no Brasil à dispensação com retenção da receita, conforme regulamentação sanitária específica (ANVISA, 2025a). Trata-se de aspecto prático relevante diante do aumento de uso fora de indicações aprovadas e da necessidade de acompanhamento profissional.

Duração, persistência e efetividade no mundo real

A obesidade é uma doença crônica, e a redução ponderal obtida durante o uso não deve ser interpretada como remissão permanente. No SCALE Teens, após 56 semanas de liraglutida e 26 semanas sem tratamento, houve retomada da trajetória de aumento do BMI-SDS (KELLY *et al.*, 2020). No SCALE Kids, a diferença observada ao final do tratamento diminuiu substancialmente durante o período subsequente sem medicamento, demonstrando perda parcial do benefício acumulado (FOX *et*

al., 2025). Um estudo de manutenção com exenatida também encontrou menor reganho no grupo tratado, porém sem significância estatística para o desfecho principal (FOX *et al.*, 2022). Esses dados sugerem que, em parte dos pacientes, a manutenção do benefício dependerá da continuidade terapêutica. Ainda não existe, contudo, duração universalmente estabelecida para tratamento pediátrico, tampouco estratégia validada de retirada ou redução gradual. A decisão de continuidade deve integrar resposta, tolerabilidade, comorbidades, desenvolvimento, preferências e possibilidade de acesso sustentado. A literatura de mundo real reforça a diferença entre eficácia e efetividade. Estudos observacionais apresentam respostas mais heterogêneas do que os grandes ensaios, em cenários com doses submáximas, interrupções, menor intensidade de acompanhamento e dife-

rentes condições de acesso. Em uma coorte com 966 adolescentes, apenas 18% apresentaram sete ou mais dispensações de liraglutida no período de um ano; maior persistência associou-se a maior redução de IMC, sem permitir inferir causalidade (YARON *et al.*, 2025).

A experiência brasileira de mundo real acrescenta relevância externa aos ensaios internacionais. Crianças e adolescentes com obesidade grave tratados com liraglutida em serviço especializado apresentaram resposta antropométrica e metabólica durante até 12 meses, embora ausência de grupo controle, perdas de seguimento e seleção dos pacientes persistentes limitem atribuições causais (COMINATO *et al.*, 2025). O acesso permanece barreira relevante no país, e o posicionamento nacional reconhece disponibilidade ainda limitada dos GLP-1RA para obesidade pediátrica no sistema público (ABESO; SBP, 2026).

Perspectivas e próxima geração terapêutica

Uma das principais fronteiras é a expansão da evidência para idades menores. O STEP Young avalia semaglutida semanal em crianças e adolescentes de 6 a <18 anos, com seguimento prolongado e foco em eficácia e segurança pediátricas (CLINICALTRIALSGOV, 2026a). Estudos desse tipo serão particularmente relevantes para compreender exposições superiores ao horizonte de aproximadamente um ano predominante nos ensaios atuais.

Outra frente é o agonismo combinado. A tirzepatida, agonista dos receptores GIP e GLP-1, possui indicação brasileira para controle crônico do peso em adultos, mas não para obesidade pediátrica (ANVISA, 2025b). Em 2026, a Anvisa ampliou sua indicação para diabetes mellitus tipo 2 em pacientes a partir dos 10 anos; essa autorização não corresponde a aprovação para tratamento da obesidade nes-

sa faixa etária (ANVISA, 2026b). O estudo SURMOUNT-ADOLESCENTS avalia tirzepatida em adolescentes com obesidade ou sobrepeso associado a comorbidades e representa uma das principais fontes futuras de evidência pediátrica para agonismo duplo (CLINICALTRIALSGOV, 2026b).

Outras estratégias, incluindo agonistas orais não peptídicos, combinações com análogos de amilina e agonismo triplo GIP/GLP-1/glucagon, ilustram a rápida expansão do campo. Entretanto, a magnitude da perda ponderal não deverá ser o único critério para definir avanço terapêutico em Pediatria. Segurança ao longo de muitos anos, crescimento, puberdade, composição corporal, saúde mental, manutenção após retirada, custo, acesso e identificação de pacientes com maior probabilidade de benefício serão determinantes para estabelecer o real papel dessas intervenções.

CONCLUSÃO

Os agonistas do receptor de GLP-1 ampliaram substancialmente as possibilidades farmacológicas para o tratamento da obesidade pediátrica. Liraglutida e semaglutida apresentam eficácia antropométrica demonstrada em ensaios randomizados, com evidência mais robusta em adolescentes e expansão recente da liraglutida para crianças de 6 a <12 anos. A semaglutida apresentou a maior magnitude média de redução do IMC entre os principais ensaios disponíveis, embora a ausência de comparações diretas impeça estabelecer superioridade entre moléculas. A farmacoterapia deve permanecer integrada a uma abordagem longitudinal, nutricional, comportamental e familiar. Eventos gastrointestinais são frequentes, enquanto doença biliar, pancreatite e outras complicações menos comuns justificam monitorização clínica e educação dos pacien-

tes. Crescimento, puberdade, qualidade nutricional e saúde mental constituem dimensões próprias do acompanhamento pediátrico. A perda parcial do benefício após interrupção reforça a natureza crônica da doença e a necessidade de discutir continuidade desde o início do tratamento. Persistem incertezas sobre se-

gurança multianual, duração ideal, estratégias de retirada e preditores de resposta. Novos estudos devem esclarecer o papel de terapias combinadas, a segurança de exposições prolongadas e os critérios que permitam individualizar o tratamento de forma clinicamente útil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA – ABESO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SBP. Posicionamento brasileiro sobre avaliação e tratamento da obesidade pediátrica. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica, 2026. Disponível em: <https://diretriz.abeso.org.br/posicionamento-brasileiro-sobre-avaliacao-e-tratamento-da-obesidade-pediatrica/>. Acesso em: 23 ago. 2026.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Saxenda (liraglutida): nova indicação. Anvisa, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-e-indicacoes/saxenda-liraglutida-nova-indicacao>. Acesso em: 23 ago. 2026.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Wegovy (semaglutida): ampliação de uso. Anvisa, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-e-indicacoes/wegovy-semaglutida-ampliacao-de-uso>. Acesso em: 23 ago. 2026.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Entra em vigor norma que prevê retenção de receita para medicamentos agonistas GLP-1. Anvisa, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2025/entra-em-vigor-norma-que-preve-retencao-de-receita-para-medicamentos-agonistas-glp-1>. Acesso em: 23 ago. 2026.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Mounjaro (tirzepatida): nova indicação para controle crônico do peso em adultos. Anvisa, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-e-indicacoes/mounjaro-r-tirzepatida-nova-indicacao>. Acesso em: 23 ago. 2026.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Anvisa emite alerta para risco de pancreatite aguda associada ao uso indevido de canetas emagrecedoras. Anvisa, 2026a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2026/anvisa-emite-alerta-para-risco-de-pancreatite-aguda-associada-ao-uso-indevido-de-canetas-emagrecedoras>. Acesso em: 23 ago. 2026.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Anvisa amplia indicação do Mounjaro para diabetes tipo 2 em crianças. Anvisa, 2026b. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/anvisa-amplia-indicacao-do-mounjaro-r-para-diabetes-tipo-2-em-criancas>. Acesso em: 23 ago. 2026.
- ARSLANIAN, S. *et al.* Effect of Semaglutide on insulin sensitivity and cardiometabolic risk factors in adolescents with obesity: the STEP TEENS Study. *Diabetes Care*, v. 49, p. 954, 2026. doi: 10.2337/dc25-0824.
- BALL, G.D.C. *et al.* Managing obesity in children: a clinical practice guideline. *CMAJ*, v. 197, E372, 2025. doi: 10.1503/cmaj.241456.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão Integrado 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- CLINICALTRIALSGOV. STEP Young: long-term safety and efficacy of semaglutide in children and adolescents aged 6 to <18 years. NCT05726227, 2026a.
- CLINICALTRIALSGOV. SURMOUNT-ADOLESCENTS: tirzepatide once weekly in adolescents with obesity or overweight with weight-related comorbidities. NCT06075667, 2026b.
- COMINATO, L. *et al.* 12-month outcomes of GLP-1 in severe pediatric obesity: real-world data. *Frontiers in Endocrinology*, v. 16, 2025. doi: 10.3389/fendo.2025.1663499.
- FOX, C.K. *et al.* Exenatide for weight-loss maintenance in adolescents with severe obesity. *Obesity*, v. 30, p. 1105, 2022. doi: 10.1002/oby.23395.
- FOX, C.K. *et al.* Liraglutide for children 6 to < 12 years of age with obesity. *New England Journal of Medicine*, v. 392, p. 555, 2025. doi: 10.1056/NEJMoa2407379.
- HAMPL, S.E. *et al.* Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics*, v. 151, e2022060640, 2023. doi: 10.1542/peds.2022-060640.
- KELLY, A.S. *et al.* A randomized, controlled trial of liraglutide for adolescents with obesity. *New England Journal of Medicine*, v. 382, p. 2117, 2020. doi: 10.1056/NEJMoa1916038.
- WARNICK, J.L. *et al.* Weight stigma and mental health in youth: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 47, p. 237, 2022. doi: 10.1093/jpepsy/jsab110.
- WEGHUBER, D. *et al.* Once-weekly semaglutide in adolescents with obesity. *New England Journal of Medicine*, v. 387, p. 2245, 2022. doi: 10.1056/NEJMoa2208601.
- YARON, S. *et al.* Adherence and effectiveness of liraglutide in adolescents with obesity. *Childhood Obesity*, 2025. doi: 10.1177/21532176251385715.