AÇÕES MULTIDISCIPLINARES NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA OBESIDADE INFANTIL

MULTIDISCIPLINARY ACTIONS IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHILDHOOD OBESITY

ACCIONES MULTIDISCIPLINARIAS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL

10.56238/IIMedCientifica-037

Lyra Geovanna Costa Montes
Graduanda em Medicina
Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV)

Taynara Basso Cardoso
Graduanda em Medicina
Instituição: Universidade Nove de Julho (UNINOVE)

Ketle Arcos Ferreira
Bacharel em Enfermagem
Instituição: Centro Universitário Fametro (FAMETRO)

Nathalia Costa de Aguiar
Graduanda em Nutrição
Instituição: Centro Universitário de Brasília (UniCEUB)

Thays da Silva Santos
Bacharel em Psicologia
Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Julia Rios Reis Marques
Bacharel em Medicina
Instituição: Centro Universitário São Lucas Porto Velho (UNISL)

Tâmara Alves de Freitas Silva
Graduanda em Enfermagem
Instituição: Universidade de Guarulhos (UNG)

Maria Eduarda Dantas Bezerra
Graduanda em Medicina
Instituição: Centro Universitário UNIFIP (UNIFIP)

RESUMO
A obesidade infantil é uma patologia crônica e multifatorial com severos impactos na saúde física e psicossocial. Esta revisão narrativa analisa protocolos de diagnóstico e abordagens terapêuticas,

enfatizando a necessidade de uma triagem hierarquizada de comorbidades que priorize marcadores específicos e evite investigações laboratoriais desnecessárias. A eficácia do tratamento depende de uma abordagem multidisciplinar integrada — unindo pediatria, terapia nutricional, psicologia comportamental e atividade física — com foco central no papel crítico da dinâmica familiar para o sucesso das intervenções. O estudo discute o nexo bidirecional entre a obesidade e os transtornos alimentares, exacerbado pelo estigma social e pela desregulação emocional. Evidências demonstram que o manejo precoce e o acompanhamento longitudinal são fundamentais para a remissão da doença, resultando em um impacto preventivo significativo, com a redução da morbimortalidade e a melhora do perfil metabólico na vida adulta, o que ratifica a urgência de políticas públicas voltadas ao cuidado integrado.

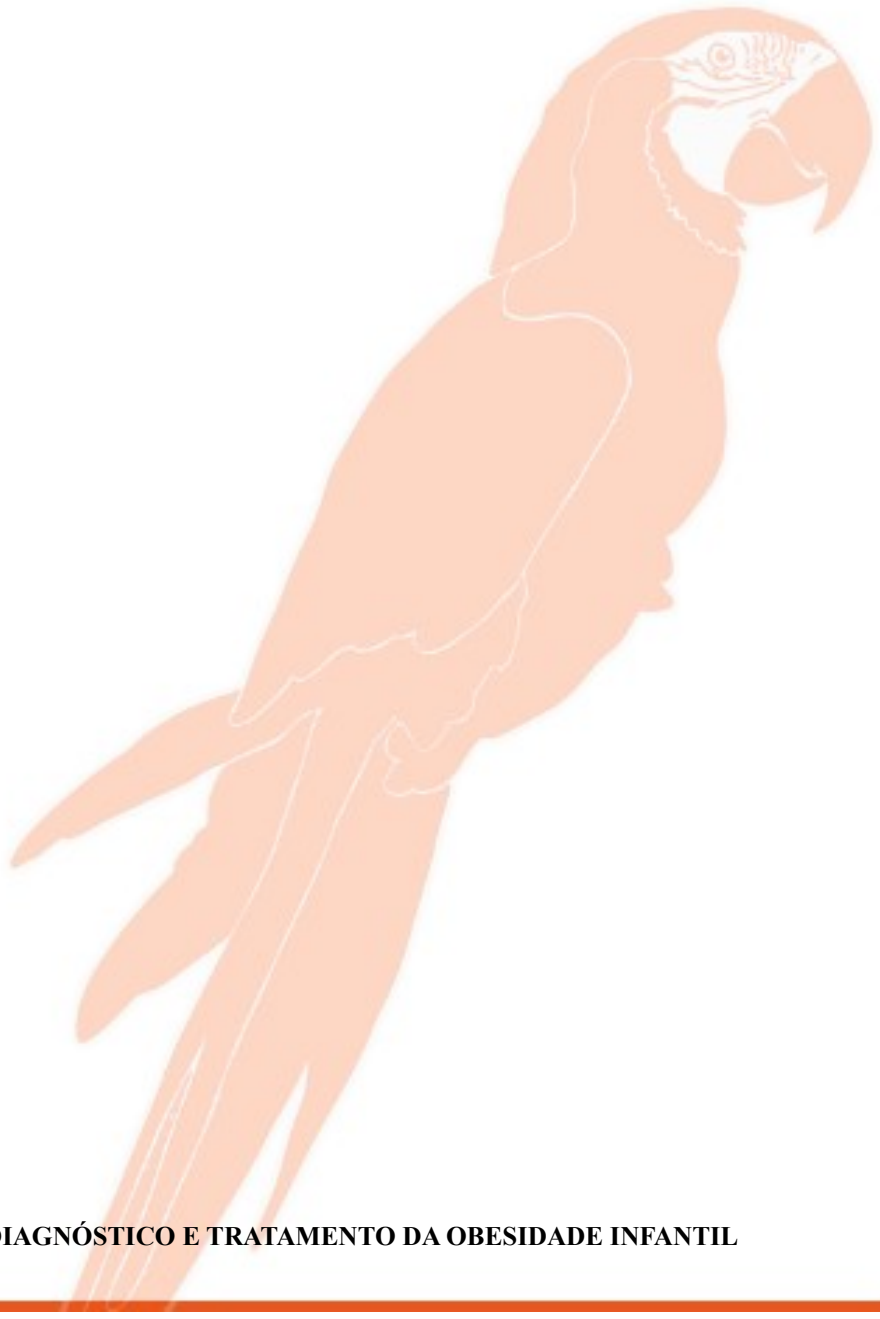
Palavras-chave: Obesidade Pediátrica. Equipe Multidisciplinar. Saúde Coletiva. Resistência à Insulina. Terapia Nutricional.

ABSTRACT
Childhood obesity is a chronic and multifactorial pathology with severe impacts on physical and psychosocial health. This narrative review analyzes diagnostic protocols and therapeutic approaches, emphasizing the need for hierarchical screening of comorbidities that prioritizes specific markers and avoids unnecessary laboratory investigations. Treatment efficacy depends on an integrated multidisciplinary approach—combining pediatrics, nutritional therapy, behavioral psychology, and physical activity—with a central focus on the critical role of family dynamics for intervention success. The study discusses the bidirectional link between obesity and eating disorders, exacerbated by social stigma and emotional dysregulation. Evidence demonstrates that early management and longitudinal follow-up are fundamental for disease remission, resulting in significant preventive impact, with reduction in morbidity and mortality and improvement of metabolic profile in adulthood, which ratifies the urgency of public policies aimed at integrated care.

Keywords: Pediatric Obesity. Multidisciplinary Team. Public Health. Insulin Resistance. Nutritional Therapy.

RESUMEN
La obesidad infantil es una patología crónica y multifactorial con impactos severos en la salud física y psicosocial. Esta revisión narrativa analiza protocolos de diagnóstico y enfoques terapéuticos, enfatizando la necesidad de un cribado jerárquico de comorbilidades que priorice marcadores específicos y evite investigaciones de laboratorio innecesarias. La eficacia del tratamiento depende de un enfoque multidisciplinario integrado—uniendo pediatría, terapia nutricional, psicología conductual y actividad física—con un enfoque central en el papel crítico de la dinámica familiar para el éxito de las intervenciones. El estudio discute el vínculo bidireccional entre la obesidad y los trastornos alimentarios, exacerbado por el estigma social y la desregulación emocional. La evidencia demuestra que el manejo temprano y el seguimiento longitudinal son fundamentales para la remisión de la enfermedad, resultando en un impacto preventivo significativo, con reducción de la morbilidad y mortalidad y mejora del perfil metabólico en la vida adulta, lo que ratifica la urgencia de políticas públicas orientadas a la atención integrada.

Palabras clave: Obesidad Pediátrica. Equipo Multidisciplinario. Salud Pública. Resistencia a la Insulina. Terapia Nutricional.



1 INTRODUÇÃO

A obesidade infantil constitui uma doença crônica e multifatorial de proporções epidêmicas, gerando severas repercussões na saúde metabólica, física e psicossocial durante o período de crescimento e na vida adulta (Calcaterra *et al.*, 2021; Stabouli *et al.*, 2021; Putri *et al.*, 2025). Caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo, a patologia atua como um gatilho precoce para múltiplas comorbidades sistêmicas, incluindo hipertensão arterial, dislipidemia, resistência à insulina, diabetes tipo 2, disfunção hepática esteatótica (NAFLD) e deformidades musculoesqueléticas incapacitantes (Putri *et al.*, 2025; Styne *et al.*, 2017). Paralelamente ao ônus metabólico, crianças e adolescentes acometidos enfrentam um profundo sofrimento psicológico, marcado por estigma social, isolamento, ansiedade, depressão e uma complexa relação bidirecional com transtornos alimentares, como o transtorno da compulsão alimentar e a bulimia nervosa (Stabouli *et al.*, 2021; Styne *et al.*, 2017).

Diante da complexidade e da heterogeneidade fenotípica desse cenário, o manejo isolado da obesidade infantil tem se mostrado clinicamente insuficiente, demandando a estruturação de ações multidisciplinares integradas que englobam a pediatria, a nutrologia e a psicologia comportamental (Styne *et al.*, 2017; Stabouli *et al.*, 2021). O diagnóstico precoce e a triagem hierárquica de complicações associadas, complementados por intervenções personalizadas de terapia nutricional, condicionamento físico especializado e suporte à dinâmica familiar, constituem estratégias vitais (Calcaterra *et al.*, 2021; Comité Nacional de Medicina del Deporte Infantojuvenil, 2018). O objetivo desta revisão é sintetizar os protocolos contemporâneos de diagnóstico, mapear as abordagens terapêuticas multidisciplinares e debater os desfechos clínicos e preventivos de longo prazo na mitigação da morbimortalidade na juventude (Putri *et al.*, 2025; Styne *et al.*, 2017).

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica narrativa, desenvolvida com o objetivo de sintetizar e analisar as evidências científicas mais recentes relacionadas às ações multidisciplinares no diagnóstico e tratamento da obesidade infantil. A pesquisa foi realizada na base de dados PubMed, utilizando os descritores “Pediatric Obesity” e “Therapeutics”, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, conforme a terminologia do Medical Subject Headings (MeSH). Foram incluídos artigos publicados nos últimos cinco anos, disponíveis integralmente e redigidos nos idiomas português ou inglês, que abordassem de forma direta o tema. Excluíram-se

estudos que não apresentavam relação direta com o tema central, publicações duplicadas, revisões narrativas com baixo rigor metodológico e artigos não indexados na base de dados utilizada. A seleção dos estudos foi conduzida em duas etapas: triagem de títulos e resumos, seguida pela avaliação dos textos completos para confirmar a relevância. As informações extraídas foram organizadas de forma descritiva.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 PROTOCOLOS DE DIAGNÓSTICO E TRIAGEM HIERÁRQUICA DE COMORBIDADES

O estabelecimento do diagnóstico de sobrepeso e obesidade na faixa etária pediátrica baseia-se na aplicação do Índice de Massa Corporal (IMC) parametrizado pelos percentis normativos do CDC e escores-z da OMS, classificando a obesidade a partir do percentil 95 e a obesidade extrema ou classe 2 quando o indicador atinge ≥ 120% do percentil 95 ou ≥ 35 kg/m² (Styne *et al.*, 2017). No fluxograma de avaliação inicial, as diretrizes determinam que investigações laboratoriais rotineiras para etiologias endócrinas ocultas (como hipotireoidismo ou hipercortisolismo) devem ser firmemente evitadas, restando indicadas estritamente em pacientes que manifestem desaceleração crônica da velocidade de crescimento ou baixa estatura proeminente em relação ao potencial genético familiar (Styne *et al.*, 2017).

A triagem de comorbidades deve ser conduzida de modo lógico e estruturado: o rastreio de dislipidemia exige a avaliação do perfil lipídico em jejum, a hipertensão deve ser triada por tabelas normalizadas para idade, sexo e altura, e o risco de diabetes tipo 2 requer testes de glicose ou o teste oral de tolerância à glicose (TOTG), visto que a hemoglobina glicada (HbA1c) isolada exibe baixa sensibilidade e tende a subestimar a prevalência de disglicemia em jovens (Styne *et al.*, 2017). Para o rastreamento da esteato-hepatite metabólica (NAFLD), preconiza-se o uso de pontos de corte altamente sensíveis para a alanina aminotransferase (ALT), estipulados em ≤ 25 U/L para meninos e ≤ 22 U/L para meninas, capturando alterações histológicas e fibrose mesmo diante de elevações sutis (Styne *et al.*, 2017).

Ademais, as diretrizes contraindicam formalmente a dosagem de insulina de jejum como ferramenta clínica para o diagnóstico de resistência à insulina, dada a ausência de padronização dos ensaios, flutuações puberais fisiológicas e a incapacidade desse marcador em discriminar tolerância normal de tolerância diminuída à glicose (Styne *et al.*, 2017). Em cenários de obesidade severa de início muito precoce (antes dos 5 anos) acompanhada de hiperfagia extrema, torna-se mandatória a

triagem para formas de obesidade genética e sindrômica (como as síndromes de Prader-Willi e Bardet-Biedl ou deficiências na via leptina-melanocortina), cuja fisiopatologia decorre de interrupções na sinalização hipotalâmica da saciedade (Styne *et al.*, 2017; Faccioli *et al.*, 2023).

3.2 INTERVENÇÕES DE ESTILO DE VIDA, MODULAÇÃO NUTRICIONAL E EXERCÍCIO DE FORÇA

O esteio do tratamento multidisciplinar da obesidade infantil repousa sobre intervenções intensivas de modificação do estilo de vida, fundamentadas em terapia nutricional médica, prescrição de atividade física e suporte comportamental centrado na família (Calcaterra *et al.*, 2021; Stabouli *et al.*, 2021; Styne *et al.*, 2017). A inclusão ativa dos pais no processo terapêutico é classificada como um fator crítico e inegociável para o sucesso biológico da intervenção; modelos focados exclusivamente no paciente jovem tendem a falhar devido à incapacidade de consolidação de mudanças permanentes no ambiente doméstico (Stabouli *et al.*, 2021; Styne *et al.*, 2017).

No campo do estilo de vida, a intervenção de primeira linha para crianças e adolescentes é a Family-Based Treatment (Terapia Familiar Baseada em Evidências), que apresenta maior grau de aderência se comparada a abordagens baseadas exclusivamente no paciente. Em sequência, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é apontada como uma intervenção estratégica voltada a remodelar comportamentos alimentares e padrões cognitivos disfuncionais em relação à autoimagem e à autoestima (Stabouli *et al.*, 2021).

No planejamento dietético, a modulação de macronutrientes direciona-se para a redução expressiva da carga glicêmica e restrição estrita de alimentos ultraprocessados, gorduras saturadas e carboidratos simples, promovendo a eliminação universal de bebidas açucaradas e sucos industrializados (Calcaterra *et al.*, 2021; Styne *et al.*, 2017). Paralelamente, estimula-se o aporte de fibras dietéticas solúveis e fitoquímicos provenientes de vegetais e frutas inteiras, o que retarda o esvaziamento gástrico, melhora a sensibilidade insulínica e induz uma modulação benéfica da microbiota intestinal através do incremento de ácidos graxos de cadeia curta (como o butyrate), restaurando a integridade da barreira entérica e reduzindo a inflamação de baixo grau (Calcaterra *et al.*, 2021).

Além da restrição energética individualizada, padrões alimentares como a dieta mediterrânea, caracterizada pelo elevado consumo de frutas, hortaliças, grãos integrais, azeite de oliva e peixes, apresentam benefícios na redução do estado inflamatório e na melhora da sensibilidade à insulina. A

priorização de carboidratos complexos, alimentos ricos em fibras e a redução do consumo de ultraprocessados, bebidas açucaradas e gorduras saturadas favorecem o controle glicêmico, a composição corporal e a prevenção das complicações metabólicas associadas à obesidade (Calcaterra *et al.*, 2021).

Evidências recentes também destacam a participação da microbiota intestinal na fisiopatologia da obesidade. A utilização de prebióticos, probióticos e simbióticos pode favorecer o crescimento de bactérias benéficas e aumentar a produção de ácidos graxos de cadeia curta, como o butirato, capazes de estimular a secreção de GLP-1 e PYY, melhorar a integridade da barreira intestinal, reduzir a inflamação sistêmica e aumentar a sensibilidade à insulina. Entre os prebióticos mais estudados destacam-se a inulina, os fruto-oligossacarídeos (FOS) e os galacto-oligossacarídeos (GOS) (Calcaterra *et al.*, 2021).

Alguns suplementos alimentares também vêm sendo investigados como adjuvantes no tratamento da obesidade e da resistência à insulina. O mio-inositol e o D-quiro-inositol apresentam benefícios na melhora da sensibilidade insulínica e da função ovariana em adolescentes com síndrome dos ovários policísticos. Além disso, ácidos graxos ômega-3, vitamina D, zinco, curcumina, berberina e canela demonstram potencial na redução do processo inflamatório, melhora do metabolismo glicídico e modulação da microbiota intestinal, embora sejam necessários mais estudos para consolidar sua utilização rotineira na prática clínica (Calcaterra *et al.*, 2021).

No plano do condicionamento físico, as diretrizes recomendam a execução diária de 20 a 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa (Styne *et al.*, 2017). O treinamento de força supervisionado (utilizando peso corporal, faixas elásticas ou sobrecargas progressivas) constitui uma abordagem segura, útil e altamente eficaz para crianças de 7 a 19 anos (Comité Nacional de Medicina del Deporte Infantojuvenil, 2018). A contração muscular sistemática induz a translocação do transportador GLUT-4 para a membrana celular, otimizando a captação periférica de glicose, aprimorando a densidade mineral óssea e reduzindo o tecido adiposo visceral. Além disso, ao promover o aumento da massa muscular, este treinamento favorece o gasto energético basal e a melhora do perfil metabólico. Ressalta-se que este modelo deve ser planejado por profissionais capacitados para garantir a execução correta e evitar lesões, sendo vedado o uso de substâncias para ganho de rendimento. Complementarmente, a higiene de hábitos cotidianos impõe a necessidade de limitar o tempo de tela não acadêmico a 1 ou 2 horas diárias e assegurar padrões saudáveis de sono, mitigando os gatilhos ambientais de hiperfagia (Stabouli *et al.*, 2021; Styne *et al.*, 2017).

3.3 O NEXO BIDIRECIONAL COM TRANSTORNOS ALIMENTARES E FATORES PSICOSSOCIAIS

O desenho de estratégias terapêuticas eficazes exige o reconhecimento do elo bidirecional existente entre a obesidade e os transtornos alimentares (Eds) na infância e adolescência (Stabouli *et al.*, 2021). O estigma do peso e a vitimização por provocações e *bullying* operados por pares ou familiares exacerbam a insatisfação corporal e a deterioração da autoestima, impulsionando taxas alarmantes de comer emocional e distúrbios da compulsão alimentar (BED) ou bulimia nervosa (BN) (Stabouli *et al.*, 2021; Styne *et al.*, 2017).

Em adolescentes do sexo feminino, esse ciclo pode ser agravado pela síndrome dos ovários policísticos, uma vez que manifestações como hiperandrogenismo, acne, hirsutismo e excesso de peso comprometem a imagem corporal, favorecendo sintomas de ansiedade, baixa autoestima e comportamentos alimentares restritivos (Calcaterra *et al.*, 2021). Esses fatores aumentam o risco de episódios de compulsão alimentar, perpetuando o ganho ponderal e intensificando a relação bidirecional entre obesidade e transtornos alimentares (Stabouli *et al.*, 2021).

Nesse contexto, observa-se que, somados às provocações e ao bullying, o consumo de material midiático e a pressão social, que reforçam o ideal de magreza, contribuem também para a insatisfação com a autoimagem. Esta, por sua vez, apresenta-se como facilitadora para comportamentos alimentares disfuncionais, reduzindo a probabilidade de adesão a atividades físicas, o que reforça o ciclo de sedentarismo e a perda de controle sobre a ingestão alimentar (Stabouli *et al.*, 2021; Comité Nacional de Medicina del Deporte Infantojuvenil, 2018).

Práticas dietéticas excessivamente restritivas ou punitivas impostas pelos cuidadores funcionam paradoxalmente como preditores de falha terapêutica, desencadeando episódios severos de perda de controle alimentar e rebote de ganho ponderal (Stabouli *et al.*, 2021).

O ambiente psicossocial atua simultaneamente com fatores de predisposição como mediador e amplificador da obesidade (Styne *et al.*, 2017). Dessa forma, a desregulação emocional tem importante influência na relação bidirecional entre obesidade e transtornos alimentares, pois estados afetivos negativos e dificuldades de manejo emocional estão frequentemente associados a episódios de descontrole alimentar, que, por sua vez, geram sentimentos de vergonha e culpa. Há uma série de fatores socioambientais pontuados como riscos presentes em ambas as condições que acentuam a vulnerabilidade no contexto pediátrico, como: dinâmicas familiares disfuncionais, altas exigências

parentais, perfeccionismo, separação conjugal dos pais e eventos traumáticos na infância, incluindo abusos físicos e sexuais (Stabouli *et al.*, 2021).

Dessa forma, a propedêutica multidisciplinar deve incorporar o rastreamento ativo de Experiências Adversas na Infância (ACEs) e disfunções na comunicação familiar, visto que o estresse psicossocial crônico altera o funcionamento do eixo HPA e a secreção de neurotransmissores (como a serotonina e a dopamina) e hormônios apetigênicos (leptina e ghrelin), consolidando o ciclo da adicção alimentar (Stabouli *et al.*, 2021). A aplicação de abordagens como a Entrevista Motivacional (MI) potencializa a autoeficácia e a motivação intrínseca da família para a mudança de comportamento sem evocar mecanismos de culpa ou estigmatização, favorecendo a adesão continuada aos programas assistenciais (Stabouli *et al.*, 2021; Styne *et al.*, 2017).

Dessa forma, a propedêutica multidisciplinar deve incorporar o rastreamento ativo de Experiências Adversas na Infância (ACEs) e disfunções na comunicação familiar, visto que o estresse psicossocial crônico altera o funcionamento do eixo HPA e a secreção de hormônios apetigênicos, consolidando o ciclo da adicção alimentar (Stabouli *et al.*, 2021). A aplicação de abordagens como a Entrevista Motivacional (MI) potencializa a motivação intrínseca da família para a mudança de comportamento sem evocar mecanismos de culpa ou estigmatização, favorecendo a adesão continuada aos programas assistenciais (Stabouli *et al.*, 2021; Styne *et al.*, 2017).

3.4 TERAPÊUTICAS AVANÇADAS E O IMPACTO LONGITUDINAL NA SAÚDE COLETIVA

Nos cenários onde as abordagens comportamentais intensivas de primeira linha falham em conter a progressão da obesidade severa ou em mitigar comorbidades graves, intervenções farmacológicas ou cirúrgicas passam a ser consideradas de forma criteriosa (Styne *et al.*, 2017; Faccioli *et al.*, 2023). No plano farmacoterapêutico, o inibidor de lipases gastrointestinais orlistat possui aprovação para adolescentes acima de 12 anos, mas sua aplicabilidade clínica prática é severamente restrita pela alta taxa de efeitos colaterais gastrointestinais e consequente baixa adesão a longo prazo (Styne *et al.*, 2017; Faccioli *et al.*, 2023). Em contrapartida, o advento de agonistas do receptor de GLP-1 (como liraglutida e semaglutida) demonstrou resultados metabólicos proeminentes em ensaios clínicos pediátricos randomizados, induzindo decréscimos marcantes no escore-z do IMC e melhora nos perfis lipídicos e glicêmicos através da desaceleração do esvaziamento gástrico e potencialização central da saciedade (Faccioli *et al.*, 2023). Para síndromes de obesidade monogênica decorrentes de falhas na via leptina-melanocortina e para a síndrome de Bardet-Biedl, o uso do agonista altamente

seletivo de MC4R, setmelanotide, consolidou-se como uma terapia personalizada de precisão capaz de reverter a hiperfagia e promover perda ponderal sustentada (Faccioli *et al.*, 2023).

Além dos agonistas do receptor de GLP-1, medicamentos como a metformina podem ser utilizados como terapia complementar em pacientes com resistência à insulina e síndrome dos ovários policísticos, contribuindo para a melhora da sensibilidade insulínica e do controle metabólico. Nos casos de obesidade monogênica causada por alterações na via leptina-melanocortina, a setmelanotida representa um importante avanço da medicina personalizada, atuando diretamente sobre o receptor MC4R para reduzir a hiperfagia e favorecer a perda ponderal (Faccioli *et al.*, 2023).

Para adolescentes maduros (estágios de Tanner 4 ou 5) acometidos por obesidade extrema refratária, as diretrizes chancelam a indicação de procedimentos cirúrgicos bariátricos, preferencialmente a gastrectomia vertical em manga (VSG) ou o desvio gástrico em Y de Roux (RYGB) (Styne *et al.*, 2017; Faccioli *et al.*, 2023). A abordagem cirúrgica promove a remissão robusta de comorbidades como o diabetes tipo 2 e a apneia obstrutiva do sono, mas exige um aparato multidisciplinar permanente para mitigar riscos de longo prazo, incluindo o desenvolvimento de deficiências de micronutrientes (ferro, vitamina B12 e vitamina D) e flutuações de distúrbios de ansiedade ou alimentares pós-procedimento (Styne *et al.*, 2017; Faccioli *et al.*, 2023; Stabouli *et al.*, 2021).

Sob a perspectiva do impacto longitudinal na saúde coletiva, dados robustos derivados do registro sueco BORIS demonstram de forma inequívoca que a qualidade da resposta obtida no tratamento da obesidade infantil exerce um papel determinante na saúde do jovem adulto (Putri *et al.*, 2025). O acompanhamento prospectivo de coortes pediátricas evidenciou que a obtenção de uma resposta terapêutica benéfica ou a remissão completa da obesidade na infância associa-se linearmente a uma redução drástica e sustentada nas taxas de incidência futura de diabetes tipo 2, dislipidemia e na necessidade de cirurgias bariátricas corretivas na idade adulta (Putri *et al.*, 2025). Mais digno de nota, o alcance da remissão da obesidade infantil culminou em uma redução massiva no risco ajustado de mortalidade prematura em adultos jovens (HR ajustado de 0,12) (Putri *et al.*, 2025). Contudo, o sucesso do tratamento ponderal não demonstrou associação causal com a redução das taxas de depressão ou ansiedade na idade adulta, ratificando que as complicações psíquicas, embora frequentemente coexistentes com a obesidade, representam entidades nosológicas de natureza distinta e independente, exigindo estratégias concomitantes de acompanhamento e suporte em saúde mental (Putri *et al.*, 2025).

Esses achados reforçam que a obesidade infantil deve ser compreendida como uma condição crônica que exige acompanhamento longitudinal. A manutenção do cuidado durante a adolescência e a transição para a vida adulta contribui para reduzir a incidência futura de diabetes tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, necessidade de cirurgia bariátrica e mortalidade precoce, além de favorecer melhor qualidade de vida e menor impacto sobre os sistemas de saúde (Putri *et al.*, 2025).

4 CONCLUSÃO

A obesidade infantil configura-se como uma doença crônica, multifatorial e de elevada complexidade, demandando uma abordagem multidisciplinar desde o diagnóstico até o tratamento e o acompanhamento em longo prazo. As evidências analisadas demonstram que o diagnóstico precoce, aliado à triagem sistematizada das comorbidades e à identificação dos fatores psicossociais associados, favorece a implementação de intervenções mais efetivas e contribui para a prevenção de complicações futuras.

Nesse contexto, as intervenções baseadas na modificação do estilo de vida, com participação ativa da família e atuação integrada de profissionais como médicos, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos, permanecem como a principal estratégia terapêutica. Nos casos de obesidade grave ou refratária, a farmacoterapia e a cirurgia bariátrica representam alternativas eficazes quando criteriosamente indicadas e acompanhadas por equipe multiprofissional.

Por fim, conclui-se que o manejo precoce e integrado da obesidade infantil está associado à redução do risco de doenças crônicas, à melhora dos desfechos clínicos e à promoção da qualidade de vida na infância e na vida adulta. Dessa forma, torna-se fundamental fortalecer políticas públicas e estratégias assistenciais que ampliem o acesso ao diagnóstico precoce, à prevenção e ao cuidado multidisciplinar, visando reduzir o impacto dessa condição na saúde individual e coletiva.

REFERÊNCIAS

CALCATERRA, V. *et al.* Polycystic Ovary Syndrome in Insulin-Resistant Adolescents with Obesity: The Role of Nutrition Therapy and Food Supplements as a Strategy to Protect Fertility. **Nutrients**, v. 13, n. 6, 1848, 2021.

COMITÉ NACIONAL DE MEDICINA DEL DEPORTE INFANTOJUVENIL. Entrenamiento de la fuerza en niños y adolescentes: beneficios, riesgos y recomendaciones. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 116, supl. 5, p. S82-S91, 2018.

FACCIOLI, N. *et al.* Current Treatments for Patients with Genetic Obesity. **Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology**, v. 15, n. 2, p. 108-119, 2023.

PUTRI, R. R. *et al.* Effect of Pediatric Obesity Treatment on Long-Term Health. **JAMA Pediatrics**, v. 179, n. 3, p. 302-309, 2025.

STABOULI, S. *et al.* Obesity and Eating Disorders in Children and Adolescents: The Bidirectional Link. **Nutrients**, v. 13, n. 12, 4321, 2021.

STYNE, D. M. *et al.* Pediatric Obesity—Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 102, n. 3, p. 709-757, 2017.