

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Patos de Minas

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005893

IDADE: 55 anos

Sexo: masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): I50, I87.2, E11, E66,

PEDIDO DA AÇÃO: Ozempic® (semaglutida 1,34 mg/mL)

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Como opção específica para o tratamento farmacológico da DM2 e da obesidade.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Elaboração de nota técnica acerca dos medicamentos no caso concreto dos autos.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) recebeu no dia 16 de dezembro de 2024, uma solicitação específica da fabricante para a formulação comercial Wegovy®, para avaliação do uso da semaglutida, para o tratamento farmacológico da obesidade graus II e III, sem diabetes, com idade a partir de 45 anos e com doença cardiovascular estabelecida.

Na 140ª reunião ordinária da Conitec realizada nos dias 07 e 08/05/2025, a demanda foi submetida à apreciação inicial e encaminhada para consulta pública, com parecer inicial desfavorável.

Na 25ª reunião extraordinária da CONITEC, realizada em 20 de agosto de 2025, foram apreciadas as contribuições das consultas públicas da liraglutida para o tratamento de pacientes com obesidade e diabetes mellitus tipo 2; e da semaglutida para o tratamento de pacientes com obesidade grau II e III, sem diabetes, com idade a partir de 45 anos e com doença cardiovascular estabelecida; com recomendação final de não incorporação para ambos os fármacos.

[https://www.gov.br/conitec/pt-](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/reuniao_conitec/2025/Pauta25ReunioExtraordinriadaConitec.pdf)

[br/midias/reuniao_conitec/2025/Pauta25ReunioExtraordinriadaConitec.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/reuniao_conitec/2025/Pauta25ReunioExtraordinriadaConitec.pdf)

As diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) para o manejo farmacológico da DM2, não inclui a semaglutida, como opção farmacológica imprescindível para a terapia antidiabética. O medicamento requerido não está previsto no PCDT de diabetes tipo 2 (DM2).

O SUS não disponibiliza alternativa farmacológica para o manejo / tratamento farmacológico do sobrepeso / obesidade em adultos.

O tratamento do diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e da obesidade é multidisciplinar. O êxito não é alcançado através de nenhuma medida terapêutica específica isolada.

A probabilidade de sucesso no tratamento do diabetes mellitus e da obesidade depende da implementação concomitante das várias modalidades de intervenções: estratégias educacionais (educação em saúde, plano alimentar, prática regular de atividade física), estratégias de automonitorização e estratégias farmacológicas apropriadas, associadas ou não à insulino terapia).

O sucesso no tratamento do DM2 e da obesidade é consequência / fruto de abordagem multidisciplinar, não é resultado de uma única intervenção, seja ela farmacológica ou não, é fruto da adesão regular e contínua do paciente a todas as medidas terapêuticas propostas a longo prazo.

Gentileza reportar-se às demais considerações abaixo.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), obesidade grau III e insuficiência venosa grave de membros inferiores.

Consta que o paciente teve o diagnóstico de DM2 estabelecido em 2022, e que foi iniciado tratamento farmacológico com o uso de metformina e empagliflozina, que foi obtida boa resposta terapêutica, mas que o paciente evoluiu com episódio de infecção urinária, que exigiu tratamento sob regime de

internação hospitalar. Foi então suspenso o uso da empagliflozina.

Objetivando a redução de peso e o controle glicêmico, foi indicado o uso de semaglutida, iniciado há 07 meses, quando da data de emissão do relatório, sendo alcançada perda de peso de 136,8 Kg para 129,3 Kg e glicemia de jejum de 104 mg/dl e hemoglobina glicada de 6,3%, além de melhora do padrão respiratório e da perfusão em membros inferiores.

Considerando a resposta obtida, foi indicada a manutenção do uso da semaglutida em doses mais altas, podendo alcançar a dose de 2,4 mg/semana, objetivando maior redução de peso, redução da sobrecarga cardíaca e melhora da disfunção venosa em membros inferiores, possibilitando melhora da qualidade de vida.

O panorama mundial e brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis tem se revelado como um novo desafio para a saúde pública e suplementar. A obesidade destaca-se por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no País.

A **obesidade** nas três últimas décadas, caracterizou-se como um evento de proporções globais e de prevalência crescente. No Brasil, o sobrepeso e a obesidade vêm aumentando em todas as faixas etárias e em ambos os sexos, em todos os níveis de renda, sendo a velocidade de crescimento mais expressiva na população com menor rendimento familiar.

“O Brasil está entre os países com maior prevalência de inatividade física do mundo. Os dados do Vigitel de 2019 apontaram que 44,8% da população com 18 anos residentes nas capitais brasileiras não atendem ao mínimo de atividade física recomendado pela OMS, sendo que as mulheres (52,2%) e os idosos (69,1%) apresentam as maiores prevalências de inatividade física”.

A crescente prevalência vem sendo atribuída a diversos processos biopsicossociais, em que o “ambiente” (político, econômico, social, cultural), e não apenas o indivíduo e suas escolhas, assume um lugar estratégico na análise do problema e nas propostas de intervenções.

A obesidade é uma doença crônica complexa multifatorial e recidivante,

tem como fatores determinantes ambientais mais fortes a diminuição dos níveis de atividade física e o aumento da ingestão calórica. A etiologia complexa e multifatorial da obesidade, resulta da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. A obesidade comum, tem herança poligênica. O ambiente moderno é um potente estímulo para a obesidade. O efeito do ambiente no ganho de peso de indivíduos geneticamente susceptíveis já foi bastante estudado.

A obesidade compromete a qualidade e reduz a expectativa de vida do indivíduo. Durante a avaliação de um paciente que apresente sobrepeso ou obesidade, é fundamental avaliar as causas que levaram ao excesso de peso, bem como investigar possíveis morbidades associadas.

Para diagnosticar a obesidade, recomenda-se a medição do IMC e a avaliação clínica das complicações relacionadas ao peso. Pacientes com sobrepeso ou obesidade devem ser rastreados para pré-diabetes, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipidemia, hipertensão, síndrome metabólica, doença cardiovascular, doença hepática gordurosa não crônica, osteoartrite e depressão mental. Esses pacientes também devem ser avaliados para apneia obstrutiva do sono, asma e doença reativa das vias aéreas e doença do refluxo gastroesofágico.

O tratamento da obesidade é complexo e multidisciplinar. Toda proposta terapêutica deve ser individualizada e deve ser mantida para evitar a recuperação do peso ao longo do tempo. Não existe nenhum tratamento farmacológico, ou mesmo cirúrgico em longo prazo que não envolva mudança de estilo de vida.

Em linhas gerais, o tratamento farmacológico é adjuvante das terapias dirigidas com foco na modificação dos hábitos de vida, dieta e atividade física. Sua eficácia e manutenção devem ser reavaliadas periodicamente considerando-se os riscos e os benefícios. Existem, atualmente, alguns medicamentos aprovados na Anvisa para tratamento farmacológico da obesidade no Brasil: sibutramina, orlistate, liraglutida, semaglutida. Recentemente, a associação de naltrexona e bupropiona também obteve

registro na Anvisa para o tratamento da obesidade.

Recentemente o Ministério da Saúde aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento do Sobrepeso e da Obesidade em Adultos. A CONITEC avaliou o uso dos medicamentos orlistate e sibutramina no tratamento de sobrepeso e obesidade, os quais receberam recomendação contrária à incorporação no SUS, sob a argumentação de que apresentaram perfil de eventos adversos com risco considerado moderado a grave. Embora não tenham custo unitário elevado, quando se considera a prevalência das condições (sobrepeso e obesidade), seu uso resultaria em impacto orçamentário elevado ao SUS para obtenção de benefícios modestos.

O protocolo existente no SUS não prevê nenhum fármaco, como opção para o tratamento farmacológico do sobrepeso e da obesidade. Atualmente na rede pública, para o tratamento do sobrepeso e da obesidade no escopo da atenção básica, são incentivadas ações de vigilância alimentar e nutricional, promoção de hábitos de vida saudáveis, além do encaminhamento para a alta complexidade, com oferta de realização de procedimentos cirúrgicos quando indicados.

As mudanças de estilo de vida e as técnicas cognitivo-comportamentais são fundamentais e o tratamento farmacológico não deve ser usado como tratamento na ausência de outras medidas não farmacológicas. A escolha do tratamento deve basear-se na gravidade do problema e na presença de complicações associadas.

Considera-se sucesso no tratamento da obesidade a habilidade de atingir e manter uma perda de peso clinicamente útil, que resulte em efeitos benéficos sobre doenças associadas, como diabetes tipo 2, hipertensão e dislipidemia. Uma perda de peso de 5% mantida é um critério mínimo de sucesso, pois leva a melhora das doenças associadas. O sucesso em longo prazo depende de constante vigilância na adequação do nível de atividade física e de controle da ingestão de alimento, além de outros fatores, como apoio social, familiar e automonitorização. A obesidade é uma doença crônica que tende a recorrer após a perda de peso e pessoas obesas devem ter contato em longo prazo com

profissionais de saúde com experiência no seu tratamento.³

A medida de massa corporal mais tradicional é o peso isolado ou peso ajustado para a altura. Mais recentemente, tem-se notado que a distribuição de gordura é mais preditiva de saúde. A combinação de massa corporal e distribuição de gordura é, provavelmente, a melhor opção para preencher a necessidade de avaliação clínica. Deve-se notar, a princípio, que não há avaliação perfeita para sobrepeso e obesidade, que pode variar de acordo com fatores étnicos e genéticos.³

Na população brasileira, tem-se utilizado a tabela proposta pela OMS para classificação de sobrepeso e obesidade (Tabela 4) e seu uso apresenta as mesmas limitações constatadas na literatura. Apresenta, no entanto, semelhante correlação com as comorbidades. Portanto, o ideal é que o IMC seja usado em conjunto com outros métodos de determinação de gordura corporal. A combinação de IMC com medidas da distribuição de gordura pode ajudar a resolver alguns problemas do uso do IMC isolado.³

O ponto de corte para adultos baseia-se na associação entre IMC e doenças crônicas ou mortalidade. A classificação adaptada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentada na Tabela 4, baseia-se em padrões internacionais desenvolvidos para pessoas adultas descendentes de europeus.³

Convenciona-se chamar de sobrepeso o IMC de 25 a 29,9 kg/m² e obesidade o IMC maior ou igual a 30 kg/m² e de excesso de peso o IMC maior ou igual a 25 kg/m² (incluindo a obesidade). Os pontos de corte de <16 kg/m² (baixo peso grave), 16,0-16,9 (baixo peso moderado), 17,0-18,4 (baixo peso leve) também fazem parte da classificação internacional, mas não estão detalhados na Tabela 4.³

IMC (KG/M ²)	Classificação	Obesidade Grau	Risco de Doença
< 18,5	Magro ou baixo peso	0	Normal ou elevado
18,5 – 24,9	Normal ou eutrófico	0	Normal
25 - 29,9	Sobrepeso ou pré-obeso	0	Pouco elevado
30 – 34,9	Obesidade	I	Elevado
35 – 39,9	Obesidade	II	Muito elevado

≥ 40	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado
------	-----------------	-----	--------------------

Fonte: OMS

As diretrizes atuais recomendam que em adultos com obesidade ou sobrepeso com complicações relacionadas ao peso, que tiveram uma resposta inadequada às intervenções de estilo de vida, a AGA recomenda a adição de agentes farmacológicos às intervenções de estilo de vida em detrimento das intervenções contínuas de estilo de vida isoladamente. Observando que a perda de peso corporal total relatada nos estudos realizados, variou de 3,0% a 10,8%, dependendo do agente farmacológico utilizado.

Indivíduos com sobrepeso ou obesidade devem ser avaliados quanto a fatores psicológicos ou psiquiátricos que podem interferir no sucesso e na adesão ao tratamento. Sabe-se que sobrepeso ou obesidade estão associados a repercussões na saúde mental, embora a natureza desta associação ainda não tenha sido totalmente elucidada. Estudos mostram que o “excesso de peso” está associado a chances significativamente mais altas de sintomas depressivos e suicídio. Mudanças no peso, associadas à depressão, são um fenômeno complexo e podem ser influenciadas por fatores específicos da doença, como alterações no apetite, na atividade física ou uso de medicamentos antidepressivos.

Aconselha-se também cautela ao considerar um fármaco adjuvante em pacientes com certos transtornos alimentares. Eles não devem ser usados em pacientes com bulimia nervosa ativa. Pacientes com transtorno da compulsão alimentar periódica devem ser monitorados de perto quanto à descompensação dos comportamentos de compulsão alimentar.

Os agentes antiobesidade geralmente precisam ser usados cronicamente, e a escolha do medicamento ou intervenção deve ser baseada no perfil clínico e nas necessidades do paciente, incluindo, mas não se limitando a comorbidades, preferências do paciente, custos e acesso à terapia.

Quando indicado o uso adjuvante de um fármaco para o tratamento da obesidade, a medicação deve ser mantida em pacientes que respondem bem ao tratamento multidisciplinar da obesidade e perdem pelo menos 5% do seu peso corporal após 3 meses de uso do fármaco. No entanto, se o fármaco

adicionado se revelar ineficaz ou o paciente apresentar significativos efeitos colaterais, a medicação deve ser interrompida e outros medicamentos e/ou estratégias terapêuticas devem ser adotadas.

A **Semaglutida** não está disponível no SUS e/ou na saúde suplementar em nenhuma de suas apresentações para tratamento farmacológico da obesidade e/ou do DM2. A semaglutida é classificada como um agonista do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon 1 humano (glucagon-like peptide-1 / GLP-1) com 94% de homologia sequencial com o GLP-1 humano. O GLP-1 é um hormônio fisiológico regulador do apetite e da ingestão de calorias, e o receptor do GLP-1 está presente em várias áreas do cérebro envolvidas na regulação do apetite. Tem efeitos combinados não apenas sobre o peso corporal, mas também sobre o metabolismo da glicose e outras comorbidades relacionadas ao peso.

A empresa Novo Nordisk® possui registro da semaglutida em três versões: primeira versão para o produto é o Ozempic®, segunda versão para o produto é o Rybelsus® e terceira versão para o produto é o Wegovy®.

Em 2018 foi obtida a primeira aprovação na Anvisa na versão **Ozempic®** (solução injetável de semaglutida 1,34 mg/mL em sistema de aplicação preenchido, multidose e descartável), para administração subcutânea uma vez por semana, a qualquer momento do dia, acompanhado ou não de refeição. O Ozempic® possui indicação de bula para o tratamento adjuvante à dieta e exercícios físicos para melhorar o controle glicêmico em adultos com diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Devido aos resultados observados sobre a perda de peso, o Ozempic® passou a ser utilizado de forma “off label” para o tratamento farmacológico da obesidade.

A segunda versão, o **Rybelsus®** é a apresentação da semaglutida em comprimidos de 3, 7 e 14 mg para administração oral. Conforme registro na ANVISA publicado no diário oficial em 26/10/2020, o Rybelsus® (semaglutida) é indicado para o tratamento de adultos com diabetes mellitus tipo 2 inadequadamente controlado, para melhora do controle glicêmico, como adjuvante a dieta e exercício, podendo ser usado em monoterapia, quando a

metformina é considerada inadequada devido a intolerância ou contraindicações; e em associação com outros medicamentos para o tratamento do diabetes.

A segunda versão é o **Wegovy®** (solução injetável de semaglutida 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 1,7 mg e 2,4 mg), possui meia-vida prolongada de aproximadamente 1 semana, tornando-a adequada para a administração subcutânea uma vez por semana, foi registrado em 2023.

O Wegovy® (semaglutida) é indicado como um adjuvante a uma dieta hipocalórica e aumento do exercício físico compatível com a condição de saúde do paciente, para auxiliar no controle crônico de peso (perda e manutenção de peso) em adultos com Índice de Massa Corporal (IMC) inicial de:

- ≥ 30 kg/m² (obesidade), ou
- ≥ 27 kg/m² a < 30 kg/m² (sobrepeso) na presença de, pelo menos, uma comorbidade relacionada ao peso, por exemplo, disglucemia (pré-diabetes ou diabetes mellitus tipo 2), hipertensão, dislipidemia, apneia obstrutiva do sono ou doença cardiovascular.

E em adolescentes com idade ≥ 12 anos com:

- Obesidade*, e
- peso corporal acima de 60 kg. O tratamento com Wegovy® pode ser descontinuado e reavaliado caso o adolescente não tenha reduzido o IMC em pelo menos 5% após 12 semanas na dose de 2,4 mg ou na dose máxima tolerada.

Idade (anos)	IMC (kg/m ²) no percentil 95	
	Masculino	Feminino
12	24,2	25,2
12,5	24,7	25,7
13	25,1	26,3
13,5	25,6	26,8
14	26,0	27,2
14,5	26,4	27,7
15	26,8	28,1
15,5	27,2	28,5
16	27,5	28,9
16,5	27,9	29,3
17	28,2	29,6

17,5

28,6

30,0

Tabela 1: Pontos de corte do IMC para obesidade (\geq percentil 95) por sexo e idade para pacientes pediátricos com 12 anos ou mais (critério CDC).

A dose de manutenção de Wegovy® uma vez por semana é alcançada começando com uma dose de 0,25 mg. Para reduzir a probabilidade de sintomas gastrointestinais, a dose deve ser aumentada ao longo de um período de 16 semanas para uma dose de manutenção de 2,4 mg uma vez por semana. Em caso de sintomas gastrointestinais significativos, considere adiar o aumento da dose até que os sintomas tenham melhorado. Doses semanais superiores a 2,4 mg não são recomendadas. A titulação gradual da dose pode ajudar a mitigar esses efeitos adversos. Os agonistas dos receptores (ARs) do peptídeo 1 semelhante ao glucagon (GLP-1) foram associados a um risco aumentado de pancreatite e doença da vesícula biliar.

Os agonistas do GLP-1 potencializam a secreção de insulina mediada por glicose, estimulam a secreção de insulina pelas células beta, suprimem liberação de glucagon pelas células alfas pancreáticas e retardo do esvaziamento gástrico. Desta forma, eles diminuem a longo prazo a hemoglobina glicada (HbA1C) entre 0,4% e 1,7% segundo estudos. O GLP-1 também produzem saciedade, diminuição do apetite e ingestão alimentar e atuam no sistema nervoso central, o que leva a uma perda de peso entre 0,9 e 5,3 kg. Eles também têm um efeito cardiovascular atribuído aos efeitos pleiotrópicos extrapancreáticos do GLP-1 no sistema cardiovascular e ao impacto favorável em outros fatores de risco cardiovascular não glicêmicos, como peso, pressão arterial e lipídios.

Considerando o uso da semaglutida para o tratamento farmacológico da obesidade, o Conselho Federal de Farmácia publicou recentemente informações referentes a estudos sobre a interrupção do uso da semaglutida, informando que diversos estudos indicam que os quilos perdidos retornam rapidamente após a suspensão do medicamento. Destacando que a reversão rápida do peso também está associada a uma regressão nos indicadores de saúde cardiometabólica.¹¹

O sucesso com o tratamento do DM2 e do sobrepeso / obesidade, depende de abordagem multidisciplinar, e principalmente da adesão regular a longo prazo à terapêutica não farmacológica (mudança de hábitos a longo prazo). O controle da DM2 e do sobrepeso / obesidade, não se resolve com o uso temporário de nenhum fármaco. Assim como outras doenças crônicas, o DM2 e a obesidade requerem adesão contínua ao tratamento (farmacológico e não farmacológico) para a manutenção de resultados satisfatórios a longo prazo.

As diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) para o manejo farmacológico, não inclui a semaglutida, como opção farmacológica imprescindível para o manejo da terapia antidiabética no DM2.¹⁰
<https://diretriz.diabetes.org.br/manejo-da-terapia-antidiabetica-no-dm2/?pdf=14625>

Considerando a documentação apresentada, não foram identificados elementos técnicos que permitam afirmar imprescindibilidade de uso específico da semaglutida para o tratamento farmacológico do paciente.

Faz-se necessário ressaltar que a nota técnica tem por finalidade responder de forma preliminar a uma questão clínica sobre potenciais efeitos de uma tecnologia em saúde, para uma determinada condição. Para tanto, é realizada análise documental, dos fundamentos científicos e avaliação em tese da questão posta. Portanto, a conclusão “favorável” ou “desfavorável” diz respeito tão somente às evidências científicas atualizadas sobre a metodologia em foco e à indicação do seu custeio pelo poder público ou saúde suplementar, levando em consideração as opções disponíveis. A escolha de determinado tratamento em detrimento de outro e a avaliação completa individualizada cabe ao médico assistente. Caso o juízo entender necessária uma avaliação complementar no decorrer do processo, há a possibilidade de realização de perícia médica.

IV – REFERÊNCIAS:

- 1) RENAME 2024.
- 2) Relatório de Recomendação, CONITEC, novembro de 2022. Dapagliflozina para pacientes com diabetes melito tipo 2 (DM2) com necessidade de segunda intensificação

de tratamento e alto risco para desenvolver doença cardiovascular (DCV) ou com DCV já estabelecida e idade entre 40-64 anos.

3) Relatório de Recomendação nº 837 CONITEC junho/2023. Liraglutida 3 mg para o tratamento de pacientes com obesidade e IMC acima de 35 kg/m², pré-diabetes e alto risco de doença cardiovascular.

[https://www.gov.br/conitec/pt-](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2023/Relatorio_837_liraglutida_obesidade.pdf)

[br/midias/relatorios/2023/Relatorio_837_liraglutida_obesidade.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2023/Relatorio_837_liraglutida_obesidade.pdf)

4) Relatório de Recomendação Nº 802. Brasília, DF | Março de 2023. Dapagliflozina para pacientes com diabetes melito tipo 2 (DM2) com necessidade de segunda intensificação de tratamento e alto risco para desenvolver doença cardiovascular (DCV) ou com DCV já estabelecida e idade entre 40-64 anos.

[https://www.gov.br/conitec/pt-](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2023/20230405_Relatorio_820_dapagliflozina_final.pdf)

[br/midias/relatorios/2023/20230405_Relatorio_820_dapagliflozina_final.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2023/20230405_Relatorio_820_dapagliflozina_final.pdf)

5) Portaria SECTICS/MS Nº 9, de 4 de abril de 2023: Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a dapagliflozina para o tratamento de diabetes melito tipo 2 (DM2) em pacientes com necessidade de segunda intensificação de tratamento e alto risco para desenvolver doença cardiovascular (DCV) ou com DCV já estabelecida e idade entre 40-64 anos, conforme Protocolo Clínico do Ministério da Saúde.

6) Classificação e diagnóstico de diabetes: padrões de atendimento em diabetes – 2023. *Diabetes Care* 2023;46 (Suplemento_1):S19–S40.

<https://doi.org/10.2337/dc23-S002>

7) Summary of Revisions: Standards of Care in Diabetes 2023. *Diabetes Care* 2023;46 (Suppl. 1):S5–S9 | <https://doi.org/10.2337/dc23-SREV>

Relatório de Consenso. 28 de setembro de 2022. Manejo da hiperglicemia no diabetes tipo 2. Um relatório de consenso da American Diabetes Association (ADA) e da European Association for the Study of Diabetes (EASD). <https://doi.org/10.2337/dci22-0034>

<https://diabetesjournals.org/care/article/45/11/2753/147671/Management-of-Hyperglycemia-in-Type-2-Diabetes>

8) Portaria SCTIE/MS Nº 54, de 11 de novembro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Melito Tipo 2 (DM2).

9) Tratamento do DM2 no SUS.

<https://diretriz.diabetes.org.br/tratamento-do-dm2-no-sus/>

- 10) Manejo da Terapia antidiabética no DM2. DOI: 10.29327/5412848.2024-7
<https://diretriz.diabetes.org.br/manejo-da-terapia-antidiabetica-no-dm2/?pdf=14625>
- 11) Conselho Federal de Farmácia. Estudo indica que, ao parar de tomar Ozempic®, os quilos perdidos retornam rapidamente.
<https://site.cff.org.br/noticia/Noticias-gerais/19/06/2024/estudo-indica-que-ao-parar-de-tomar-ozempic-os-quilos-perdidos-retornam-rapidamente>
- 12) Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016.
<https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>
- 13) Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. Análise das diretrizes brasileiras para obesidade: patologização dos corpos gordurosos, uma abordagem focada na perda de peso e viés anti-gordura. Artigo original. Saúde soc.29 (1).2020.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190227>
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pBvf5Zc6vtkMSHytzLKxYJH/>
- 14) Manual de Diretrizes para o Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar Brasileira. ANS. 2017.<https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/final-obesidade-26-12-pdf>
- 15) Posicionamento sobre o tratamento nutricional do sobrepeso e da obesidade. Departamento de Nutrição da Associação Brasileira Para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO – 2022).
https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2022/11/posicionamento_2022-alterado-nov-22-1.pdf
- 16) Proposal of an obesity classification based on weight history: an official document by the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM) and the Brazilian Society for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome (ABESO). Arch Endocrinol Metab.
<https://www.endocrino.org.br/wp-content/uploads/2022/05/Obesidade-controlada-Archives-Halpern-final.pdf>
- 17) AGA Clinical Practice Guideline on Pharmacological Interventions for Adults With Obesity Eduardo Grunvald, 1, * Raj Shah, 2, * Ruben Hernaez, 3,4,5, * Apoorva Krishna Chandar,6 Octavia Pickett-Blakely,7 Levi M. Teigen,8 Tasma Harindhanavudhi,9 Shahnaz Sultan,10 Siddharth Singh,11 and Perica Davitkov,6,12 on behalf of the AGA Clinical Guidelines Committee. Gastroenterology

2022;163:1198–1225. <https://www.gastrojournal.org/action/showPdf?pii=S0016-5085%2822%2901026-5>

18) Conselho Federal de Farmácia. Estudo indica que, ao parar de tomar Ozempic®, os quilos perdidos retornam rapidamente.

<https://site.cff.org.br/noticia/Noticias-gerais/19/06/2024/estudo-indica-que-ao-parar-de-tomar-ozempic-os-quilos-perdidos-retornam-rapidamente>

19) Nota Técnica DF – Semaglutida / Obesidade com comorbidades.

<https://www.tjdft.jus.br/informacoes/notas-laudos-e-pareceres/natjus-df/2166.pdf>

20) Nota Técnica 202358. Ozempic® (semaglutida) obesidade.

[https://www.pje.jus.br/e-natjus/notaTecnica-](https://www.pje.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados.php?output=pdf&token=nt:202358:1732573202:0dc9f36af58256c8c8ab24f5632db8835bf80a8980989663287609634d121813)

[dados.php?output=pdf&token=nt:202358:1732573202:0dc9f36af58256c8c8ab24f5632db8835bf80a8980989663287609634d121813](https://www.pje.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados.php?output=pdf&token=nt:202358:1732573202:0dc9f36af58256c8c8ab24f5632db8835bf80a8980989663287609634d121813)

21) Ozempic® (semaglutida 1 mg) bula profissional.

https://www.novonordisk.com.br/content/dam/brazil/affiliate/www-novonordisk-br/Bulas/2020-05-13/Ozempic%20%20mL_1.0mg_Bula%20Profissional.pdf

V – DATA: 28/08/2025

NATJUS/TJMG