

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Juizado Especial Cível - 4ª Unidade - 12ª Jurisdição

COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0004277

IDADE: 36 anos

Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): E66

PEDIDO DA AÇÃO: Saxenda® (liraglutida 06 mg/mL)

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Como opção de terapêutica farmacológica adjuvante específica para o tratamento da obesidade, não disponível na rede pública – SUS e na saúde suplementar.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

1) Há, no rol da ANS, tratamento medicamentoso ou não, capaz de obter resultados satisfatórios sem a necessidade do medicamento em questão (Saxenda®)? **R.: Não há previsão na ANS de fornecimento de medicamentos de uso ambulatorial para o tratamento da obesidade.**

Considerando o Parecer Técnico Nº 29/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018, o Parecer Técnico Nº 21/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019 e as diretrizes de utilização previstas na RN nº 465/2021 no que se refere as coberturas mínimas obrigatórias / fornecimento de medicamentos e insumos para tratamento domiciliar de doença crônica, não há previsão de obrigatoriedade de cobertura / fornecimento contínuo e por tempo indeterminado do medicamento específico requerido, para uso ambulatorial domiciliar, para tratamento farmacológico da obesidade.

A obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos registrados na ANVISA, está prevista apenas para o tratamento oncológico domiciliar, e o fornecimento de medicamentos prescritos durante o período de internação domiciliar, caso o oferecimento de internação domiciliar conste em aditivo contratual acordado ou quando, por livre iniciativa, a operadora oferecer a internação domiciliar em substituição à internação

hospitalar (art. 12, inciso II, alíneas “d” e “g”, da Lei n.º 9.656/1998, c/c art. 13, da RN n.º 465/2021).

O sucesso do tratamento da obesidade, é fruto de abordagem multidisciplinar e aderência regular a todas as práticas farmacológicas e não farmacológicas a longo prazo. Não se pode atribuir a nenhuma alternativa / opção terapêutica farmacológica ou não em específica em isolado, superioridade de eficácia terapêutica.

Se sim, qual tratamento? R.: Há previsão / disponibilidade de tratamento cirúrgico, conforme critérios técnicos estabelecidos em protocolo.

2) O referido medicamento conta com aprovação da comunidade científica para aplicação eficaz e segura no tratamento da obesidade? R.: A possui registro em bula para o tratamento de adolescentes ≥ 12 anos e adultos, em associação a uma dieta hipocalórica e aumento do exercício físico para controle crônico de peso em adultos com Índice de Massa Corporal (IMC) de:

- 30 kg/m² ou maior (obesidade) ou,
- 27 kg/m² ou maior (sobrepeso) na presença de, pelo menos, uma comorbidade relacionada ao peso, como disglícemia (pré-diabetes e diabetes mellitus tipo 2), hipertensão arterial, dislipidemia ou apneia obstrutiva do sono.
- Adolescentes (≥ 12 anos) pode ser utilizado em associação a nutrição saudável e atividade física para controle de peso em adolescentes a partir de 12 anos com:
 - peso corporal acima de 60 kg e
 - obesidade (IMC correspondendo a ≥ 30 kg/m² para adultos por pontos de corte internacionais).

https://www.novonordisk.com.br/content/dam/nncorp/br/pt/pdfs/bulas/hcp/Saxenda_Bula_Profissional1.pdf

A Liraglutida foi avaliada, e os membros do Comitê de Medicamentos, presentes na 117ª Reunião Ordinária da CONITEC, realizada no dia 29 de março de 2023, deliberaram por unanimidade que a matéria fosse

disponibilizada em consulta pública (aberta em 12/05/2023 e encerrada em 31/05/2023), com recomendação preliminar desfavorável à incorporação de liraglutida 3 mg para tratamento de pacientes com obesidade e IMC acima de 35 kg/m², pré-diabetes e alto risco de doença cardiovascular no SUS.

A 120ª Reunião Ordinária da CONITEC foi realizada nos dias 28 e 29 de junho de 2023. No dia 29, o Comitê de Medicamentos recomendou a não incorporação, ao SUS, de 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. Na ocasião, o Comitê considerou que a tecnologia não é custo-efetiva, o seu elevado impacto orçamentário e a necessidade de o SUS ofertar efetivamente um tratamento focado na modificação do estilo de vida, com suporte psicológico aos pacientes.

3) Considerando o quadro da paciente (autora da ação), esse medicamento se mostra adequado e necessário? **R.: Não foram identificados elementos técnicos que permitam afirmar imprescindibilidade de uso por tempo indeterminado do fármaco adjuvante específico requerido.**

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico de obesidade (grau não especificado), com relato de perda de peso significativa após a introdução do uso do medicamento requerido. Não foi informado objetivamente qual foi a perda de peso e qual foi o intervalo de tempo.

Foi prescrita a continuidade do uso contínuo do medicamento (liraglutida 0,3 mg/dia) por tempo indeterminado, para manutenção de controle da perda de peso, e para evitar reganho de peso a longo prazo.

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 altamente hereditária que representa um grande impacto na saúde humana. 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.

A presença e a extensão das complicações relacionadas ao peso devem ser avaliadas entre aqueles com IMC de pelo menos 25 kg/m² para estabelecer metas de prevenção e tratamento para cada paciente.

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 tratamento farmacológico adjuvante da obesidade.

O Ministério da Saúde aprovou 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 do sobrepeso e da obesidade, e emitiu recomendação contrária à incorporação dos medicamentos no SUS, sob a argumentação de que apresentaram perfil de eventos adversos com risco considerado moderado a grave, além do fato, que 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.

Mais recentemente, na 120^a Reunião Ordinária da CONITEC realizada

nos dias 28 e 29 de junho de 2023. No dia 29, o Comitê de Medicamentos recomendou a não incorporação, ao SUS, de 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. Na ocasião, o Comitê considerou que a tecnologia não é custo-efetiva, o seu elevado impacto orçamentário e a necessidade de o SUS ofertar efetivamente um tratamento focado na modificação do estilo de vida, com suporte psicológico aos pacientes.

A SBEM e a ABESO destacam a urgência em desenvolver uma linha de cuidado abrangente e equânime para pessoas com obesidade. As atuais opções oferecidas pelo SUS são insuficientes, com falta de estrutura nas orientações para mudança de estilo de vida e problemas nas filas para cirurgia bariátrica, as quais têm aumentado ao longo do tempo.³

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”.⁴

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.⁴

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.

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.

Convencionou-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”.⁴

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

Até o momento não constam na RENAME/2022, fármacos com indicação/registro em bula para o tratamento da obesidade na rede pública.

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.

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.

Existem algumas considerações gerais ao se indicar o uso adjuvante de fármacos no tratamento da obesidade. Não devem ser usados em mulheres grávidas. Em pacientes com DM2 tratados com insulina ou secretagogos de insulina (p. da mesma forma, para pacientes que tomam medicamentos que podem baixar a pressão arterial, recomenda-se cautela ao iniciar o fármaco, pois a pressão arterial pode cair com a perda de peso. 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.

Quando indicado o uso de um fármaco, a medicação deve ser mantida em pacientes que respondem bem ao tratamento e perdem pelo menos 5% do seu peso corporal após 3 meses. No entanto, se o fármaco adicionado se revelar ineficaz ou se o paciente apresentar significativos efeitos colaterais, a

medicação deve ser interrompida e outros medicamentos ou estratégias terapêuticas não farmacológicas devem ser revistas e intensificadas.

A **Liraglutida** obteve seu primeiro registro na ANVISA em março de 2010 com o nome de Victoza®, para o tratamento da diabetes mellitus tipo 2 em adultos. Em seguida, em 29/02/2016 a Liraglutida obteve um segundo registro para uso no tratamento da obesidade sob o nome de Saxenda® e recentemente obteve seu terceiro registro, neste último em associação com a insulina degludeca, sob o nome de Xultophy®, também indicado para o tratamento da DM2. A Liraglutida foi o primeiro análogo do hormônio natural GLP-1 aprovado para esta indicação no Brasil.

Existem atualmente análogos de GLP-1 registrados na ANVISA para uso no Brasil. Os análogos do GLP-1, nomeadamente, exenatida, ***liraglutida***, dulaglutida, lixisenatida, albiglutida e semaglutida, induzem a secreção de insulina e inibem a secreção de glucagon e a gliconeogênese. Portanto, sua eficácia depende de função pancreática preservada. Os análogos de GLP-1 contribuem no controle de diabetes mellitus tipo 2, e sugerem benefícios adicionais na redução de peso, na maioria dos usuários.

A Liraglutida ***Não está disponível no SUS ou na saúde suplementar em nenhuma de suas apresentações*** para o tratamento farmacológico adjuvante ambulatorial da DM2 e/ou da obesidade. A liraglutida é um análogo das incretinas de uso injetável. É um agonista do receptor do Peptídeo Glucagon símile 1 humano (GLP-1). 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.

A Liraglutida não aumenta o gasto energético em 24 horas, ela regula o apetite através do aumento da sensação de saciedade e redução da sensação de fome, reduzindo conseqüentemente a ingestão alimentar. A dose inicial para todos os pacientes é de 0,6 mg e deve ser aumentada para 3,0 mg em incrementos de 0,6 mg com intervalos de, pelo menos, uma semana (exemplo: 0,6, 1,2, 1,8, 2,4 e 3,0 mg). Doses diárias maiores que 3 mg não são recomendadas.

O tratamento com a Liraglutida deve ser avaliado após pelo menos três meses na dose de 3,0 mg/dia para avaliar os efeitos do tratamento. O tratamento deve ser descontinuado após 12 semanas de tratamento na dose de 3.0 mg/dia se o paciente não apresentar perda ponderal $\geq 5\%$ do peso inicial. **A necessidade de continuar com o tratamento deve ser reavaliada pelo menos anualmente.**

A Liraglutida quando indicada para tratamento da obesidade, deve ser utilizada em associação a uma dieta hipocalórica e aumento do exercício físico compatível com a condição de saúde do paciente para controle crônico de peso em adultos com Índice de Massa Corporal (IMC) de:

- 30 kg/m² ou maior (obeso) ou,
- 27 kg/m² ou maior (sobrepeso) na presença de, pelo menos, uma comorbidade relacionada ao peso, como disglucemia (pré-diabetes e diabetes mellitus tipo 2), hipertensão arterial, dislipidemia ou apneia obstrutiva do sono.

A Liraglutida constitui-se em uma opção para abordagem farmacológica adjunta no tratamento da obesidade. Ela ajuda a induzir e sustentar a perda de peso em pacientes com obesidade. Sua eficácia é comparável a outros agentes disponíveis no mercado, e oferece benefício do controle glicêmico. Estudos adicionais são necessários para determinar sua eficácia a longo prazo e perfil de segurança. Efeitos adversos gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia) foram notificados, mas a maioria dos eventos teve duração transitória, e em termos de intensidade, leve ou moderada.

O sucesso no tratamento da obesidade depende de abordagem multidisciplinar, principalmente da adesão regular à terapêutica não farmacológica, da magnitude da perda de peso e da redução dos fatores de risco presentes no início do tratamento (mudança de hábitos a longo prazo).

Considerando os elementos técnicos apresentados, não é possível afirmar que a requerente tenha sido submetido a terapia multidisciplinar não farmacológica efetiva para o tratamento da obesidade, com boa adesão às medidas basilares importantes para redução e controle / manutenção da perda de peso, como: controle de dieta, atividades físicas regulares,

acompanhamento nutricional e de acompanhamento da saúde mental.

É importante ressaltar, que a indicação do uso do fármaco específico requerido é tida como adjuvante, tendo em vista que o tratamento da obesidade é multidisciplinar e envolve, não dispensa abordagens não farmacológicas concomitantes.

A terapia de estilo de vida que inclui um plano alimentar saudável, atividade física regular e intervenção comportamental é a base do tratamento da obesidade. Os dados sobre a relação custo eficácia da farmacoterapia antiobesidade são ainda limitados.

A rede pública e suplementar de saúde não oferecem nenhuma opção de fármaco para a abordagem farmacológica adjuvante no tratamento multidisciplinar da obesidade. No caso em tela, não foram identificados elementos técnicos que permitam afirmar imprescindibilidade do uso adjuvante específico da liraglutida por tempo indeterminado, para o tratamento farmacológico da obesidade.

IV – REFERÊNCIAS:

1) Relatório de Recomendação CONITEC março/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/consultas/relatorios/2023/20230511_relatorio_liraglutida_cp_17_2023.pdf)

[br/midias/consultas/relatorios/2023/20230511_relatorio_liraglutida_cp_17_2023.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2023/20230511_relatorio_liraglutida_cp_17_2023.pdf)

2) Relatório para Sociedade nº 406 | Junho de 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/consultas/relatorios/2023/sociedade/20230511_resoc_406_liraglutida_obesidade.pdf)

[br/midias/consultas/relatorios/2023/sociedade/20230511_resoc_406_liraglutida_obesidade.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2023/sociedade/20230511_resoc_406_liraglutida_obesidade.pdf)

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/Relatrio_837_liraglutida_obesidade.pdf)

[br/midias/relatorios/2023/Relatrio_837_liraglutida_obesidade.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2023/Relatrio_837_liraglutida_obesidade.pdf)

4) Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016.

<https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>

5) Portaria SECTICS/MS Nº 60, de 27 de outubro de 2023. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a 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.

6) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Portaria SCTIE/MS nº 53, de 11 de novembro de 2020.

http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113_PCDT_Sobrepeso_e_Obesidade_em_Adultos_29_10_2020_Final.pdf

7) 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>

8) 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/>

9) 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>

V – DATA:

28/05/2024

NATJUS – TJMG