

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Juizado Especial – 2º JD

COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0006845

IDADE: 50 anos

Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): E66.0, E11, I10

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

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Como opção específica para o tratamento farmacológico da obesidade grau II e diabetes mellitus tipo 2.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Informações acerca do medicamento.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente em acompanhamento no ambulatório de endocrinologia do hospital das clínicas da UFMG, para o tratamento de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e obesidade grau II. Apresenta como comorbidades hipertensão arterial sistêmica, Doença de Crohn e doença hepática gordurosa não alcoólica.

Consta que em meados de 2022, a paciente iniciou o uso de liraglutida em substituição ao uso da insulina humana, obtendo inicialmente controle da glicemia e emagrecimento de 27 quilos. Cessou o uso da liraglutida em março/2024, e evoluiu com aumento progressivo do peso e piora do controle da diabetes.

Foi prescrito o uso de semaglutida 1 mg/semana e dapagliflozina 10 mg um comprimido/dia, por tempo indeterminado, além de plano alimentar e atividade física, para controle da glicemia e da obesidade. Consta intolerância à metformina, devido à Doença de Crohn.

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, altamente recidivante, 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 até mesmo cirúrgico, que em longo prazo 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 120ª 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, do fármaco 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/M²)	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.

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

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 às 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. Por exemplo: 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 adjuvante de um fármaco, 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. 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.

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 **Semaglutida** não está disponível no SUS ou na saúde suplementar em nenhuma de suas apresentações para o tratamento farmacológico adjuvante da obesidade e/ou da 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: a primeira versão para o produto Ozempic®, a segunda versão para o produto Rybelsus® e a terceira versão para o produto Wegovy®.

A primeira aprovação da semaglutida da farmacêutica Novo Nordisk® em 2018 foi obtida para o **Ozempic®** (solução injetável de semaglutida 1,34 mg/mL em sistema de aplicação preenchido, multidose e descartável) para administração subcutânea. O Ozempic® é indicado como 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 fármaco passou a ser utilizado na forma “off label” para o tratamento da obesidade.

O **Rybelsus®** é a versão em comprimidos para administração oral da semaglutida (comprimidos de 3, 7 e 14 mg). Conforme o registro na ANVISA publicado no diário oficial em 26/10/2020, o Rybelsus® 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.

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 semanal, obteve registro na ANVISA em 2023.

O Wegovy® (semaglutida) é indicado como 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, disglícemia (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/m²) 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, considera-se 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 GLP1 potencializam a secreção de insulina mediada por glicose, estimulam a secreção de insulina pelas células beta, suprimem liberação de glucagon pelas células alfa 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 extra pancreáticos do GLP1 no sistema cardiovascular e ao impacto favorável em outros fatores de risco cardiovascular não glicêmicos, como peso, pressão arterial e lipídios.

Segundo a Diretriz Brasileira de Obesidade da ABESO de 2016, 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 mellitus 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. Uma meta inicial de perda de 5% a 10% do peso inicial em 6 meses é factível. 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.

O sucesso no tratamento da obesidade a longo prazo 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). A obesidade, não se resolve com o uso temporário de nenhum fármaco, assim como outras doenças crônicas, ela requer tratamento multidisciplinar contínuo para a manutenção dos resultados.

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 ainda que a reversão rápida do peso também está associada a uma regressão nos indicadores de saúde cardiometabólica.¹¹

O Ozempic® (semaglutida), assim como a liraglutida, são agonistas do receptor do Peptídeo Glucagon símile 1 humano (GLP-1), análogos das incretinas de uso injetável. Os análogos do GLP-1, nomeadamente, exenatida, *liraglutida*, dulaglutida, lixisenatida, albiglutida e semaglutida, têm eficácia comparável.

No **caso concreto**, a paciente fez uso prévio da liraglutida, medicamento do mesmo grupo farmacológico da semaglutida (Ozempic®), e evoluiu com aumento de peso após a cessação do fármaco. Não há elementos técnicos que

permitam afirmar que a substituição de um representante por outro da mesma classe farmacológica (liraglutida pela semaglutida), terá maior eficácia para o tratamento da DM2 e da obesidade.

O uso dos agonistas do receptor GLP-1, entre eles a semaglutida, são tidos como adjuvante para o tratamento da obesidade, tendo em vista que o tratamento da obesidade é multidisciplinar e envolve, não dispensa abordagens não farmacológicas concomitantes.

Não foram identificados elementos técnicos que permitam afirmar que a requerente tenha sido submetida a efetiva terapia multidisciplinar não farmacológica para o tratamento da DM2 e da obesidade, com boa adesão às medidas basilares importantes para o controle glicêmico, redução e manutenção da perda de peso, como: controle de dieta, atividades físicas regulares, acompanhamento nutricional e da saúde mental com foco no tratamento das morbidades, e que há imprescindibilidade do uso adjuvante da semaglutida, como fator modificador de resposta, para o alcance e manutenção de resposta terapêutica satisfatória a longo prazo.

A rede pública e suplementar de saúde não oferecem nenhuma opção de fármaco para a abordagem farmacológica adjuvante no tratamento multidisciplinar da obesidade. O uso de fármacos antiobesidade por tempo indeterminado, deve estar condicionado à realização de reavaliações periódicas, para verificar a resposta terapêutica alcançada e mantida, ou a refratariedade ao uso do fármaco. Os dados sobre a relação custo eficácia da farmacoterapia antiobesidade são ainda limitados.

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 – REFERÊNCIA

1) RENAME 2022.

2) 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

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) Semaglutida. Bulas ANVISA.

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-e-indicacoes/wegovy-semaglutida>

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

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-e-indicacoes/rybelsus-semaglutida-novo-registro>

https://www.novonordisk.com.br/content/dam/nncorp/br/pt/pdfs/bulas/patient/RybelSus_Bula_PACIENTE.pdf

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

6) 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/>

7) 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>

8) 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

9) 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>

10) 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>

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) Nota Técnica DF – Semaglutida / Obesidade com comorbidades.

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

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

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

V – DATA:

27/11/2024

NATJUS – TJMG