1. Paciente

Nome: RAS

Data de Nascimento/Idade: 28/07/1984 – 42 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Araguanã/TO

2. Diagnóstico Principal

Diagnóstico/CID-10: Obesidade não especificada (E66.9); Estado pós-cirurgia bariátrica (Z98.8).

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Descrição em relatório médico.

3. Da Prescrição/Relatório

3.1. Relatório médico

Data de emissão: 19/02/2026 e 05/11/2025

Origem do serviço: Privado. Documentos emitidos por plataforma de prescrição digital (Mevo/EPIC Medical), com endereço profissional em Santa Cruz do Sul/RS.

Diagnóstico/CID-10: E66.9 (obesidade não especificada), Z98.84 (estado pós-cirurgia bariátrica) e M13.9 (artrite não especificada). O laudo de 05/11/2025 indicava ainda E66.0, M51.1, M47.8, M54.2 e M54.5.

Profissional: WR, médico intensivista, CRM/RS.

Imprescindibilidade clínica do tratamento: Os relatórios médicos afirmam a necessidade do uso contínuo de tirzepatida 7,5 mg por via subcutânea semanal para o tratamento do reganho ponderal pós-cirurgia bariátrica e de suas complicações osteomusculares e inflamatórias articulares. Segundo os relatórios, trata-se de "medida necessária" e de "necessidade médica comprovada" para prevenir a progressão da doença e a perda funcional.

Tratamentos já realizados com alternativas disponíveis no SUS: Os relatórios médicos informam cirurgia bariátrica realizada há cerca de 12 anos, com perda ponderal inicial adequada, e falência das medidas não farmacológicas de controle ponderal (plano nutricional, atividade física e abordagem comportamental). Não informam tempo, forma de acompanhamento ou resultados dessas medidas, nem o uso prévio de qualquer medicamento disponível no SUS.

Impossibilidade de substituição por alternativas disponíveis no SUS: O relatório de 05/11/2025 não aborda as alternativas disponíveis no SUS e se limita a considerar a tirzepatida "a opção terapêutica mais eficaz e segura disponível atualmente" para obesidade recidivante pós-bariátrica. O relatório de 19/02/2026 afirma, de forma genérica, que as

alternativas farmacológicas da rede pública "apresentam menor eficácia na perda de peso sustentada", "não atuam de forma adequada nos mecanismos hormonais pós-bariátricos" e "não oferecem o mesmo impacto metabólico e anti-inflamatório sistêmico". Não nomeia as alternativas, não registra contraindicação nem documenta falha terapêutica.

3.2. Prescrição médica

Tirzepatida 7,5 mg/0,5 mL, solução injetável (caneta) ..... uso contínuo
7,5 mg por semana.

Data de emissão: 12/11/2025.
Origem do serviço: Privado. Receita digital emitida pela plataforma Mevo/EPIC Medical, com endereço profissional em Santa Cruz do Sul/RS.
Profissional: WR, médico intensivista, CRM/RS.
Denominação genérica ou comercial: Denominação genérica (tirzepatida).
Tempo de tratamento: Uso contínuo.

4. Foi realizada tentativa de obtenção do medicamento por via administrativa?

Sim. Consta nos autos Formulário de Negativa de Fornecimento de Medicamento emitido pela SES-TO, em 05/05/2026 consta que o medicamento não foi incorporado pela CONITEC, não está contemplado na RENAME 2024, não consta de PCDT específico e não é padronizado no SUS. O documento registra ainda que não é possível substituir o medicamento solicitado por outro disponível nas listas do SUS.

5. O(s) medicamento(s) possui(em) registro na ANVISA?

Sim. A tirzepatida (Mounjaro®, Eli Lilly do Brasil Ltda.) possui registro válido junto à ANVISA, sob o nº 1.1260.0202.[1]

6. O(s) medicamento(s) possui(em) indicação em conformidade com a aprovada no registro?

Conformidade não verificável com os elementos dos autos. Conforme bula aprovada pela ANVISA[2], o Mounjaro® é indicado: (i) como adjuvante à dieta e ao exercício para melhorar o controle glicêmico de adultos com diabetes mellitus tipo 2; (ii) para pacientes pediátricos a partir de 10 anos com diabetes mellitus tipo 2; (iii) como adjuvante a uma dieta de baixa caloria e aumento da atividade física para o controle crônico de peso em

[1] BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Consulta de produtos registrados: Mounjaro® (tirzepatida), Eli Lilly do Brasil Ltda., registro MS nº 1.1260.0202. Disponível em: https://consultas.anvisa.gov.br.
[2] ELI LILLY DO BRASIL LTDA. Mounjaro® (tirzepatida) solução injetável: bula. A indicação para controle crônico de peso foi aprovada pela ANVISA em junho de 2025.

adultos com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) ou com sobrepeso (IMC ≥ 27 kg/m²) na presença de pelo menos uma comorbidade relacionada ao peso; e (iv) para o tratamento da apneia obstrutiva do sono moderada a grave em adultos com obesidade.

Nota: O diagnóstico de obesidade (E66.9) enquadra-se, em tese, na indicação de controle crônico de peso. Todavia, os autos não informam peso, altura ou IMC da paciente, o que impede verificar o preenchimento do critério antropométrico exigido em bula. Registra-se ainda que a bula prevê início do tratamento com 2,5 mg semanais e incrementos de 2,5 mg a intervalos mínimos de 4 semanas, ao passo que a prescrição indica diretamente a dose de 7,5 mg, sem esquema de titulação.

7. O(s) medicamento(s) está(ão) inserido(s) no SUS? A quem compete a aquisição e dispensação dos medicamentos?

Não. A tirzepatida não está incorporada ao SUS, não constando da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais vigente (RENAME 2024)[3]. Por se tratar de medicamento não incorporado, não há competência pactuada de aquisição e dispensação.

8. O(s) medicamento(s) pleiteado(s) foi(ram) avaliado(s) pela CONITEC?

Não. A tirzepatida não foi avaliada pela CONITEC para o tratamento da obesidade ou para qualquer outra indicação. Para a mesma classe terapêutica, a CONITEC recomendou a não incorporação da semaglutida para o tratamento de pacientes com obesidade grau II e III (IMC ≥ 35 kg/m²), sem diabetes, com idade igual ou superior a 45 anos e doença cardiovascular estabelecida (Relatório de Recomendação nº 1.033, deliberação final em 20/08/2025)[4], fundamentando-se no elevado impacto orçamentário incremental, na incerteza quanto ao tempo de uso do medicamento e na necessidade de cuidado integrado ao paciente. A tirzepatida foi mencionada nesse relatório apenas no monitoramento do horizonte tecnológico. Anteriormente, a sibutramina e o orlistate também tiveram a não incorporação decidida para o tratamento da obesidade (Portarias SCTIE/MS nº 14 e 15, de 24/04/2020)[5].

[3]BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename.

[4]BRASIL. Ministério da Saúde. CONITEC. Relatório de Recomendação nº 1.033 – Semaglutida para o tratamento de pacientes com obesidade grau II e III, sem diabetes, com doença cardiovascular estabelecida. Brasília, 2025. Deliberação final em 20/08/2025.

[5]BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portarias SCTIE/MS nº 14 e nº 15, de 24 de abril de 2020. Tornam pública a decisão de não incorporar a sibutramina e o orlistate para o tratamento de pacientes com obesidade, no âmbito do SUS.

9. O SUS possui Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) ou Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) publicados para a doença do paciente?

Sim. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em Adultos foi aprovado pela Portaria SCTIE/MS nº 53, de 11 de novembro de 2020[6], e não prevê tratamento medicamentoso.

10. Descrever as opções disponíveis no SUS (alternativas terapêuticas para a doença informada).

O PCDT do Sobrepeso e Obesidade em Adultos estabelece o cuidado longitudinal na Atenção Primária à Saúde, porta de entrada da linha de cuidado, com acompanhamento por equipe multiprofissional por período igual ou superior a 12 meses, idealmente com consultas mensais. A abordagem compreende orientação alimentar com restrição de 500 a 1.000 kcal/dia em relação ao gasto estimado, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira; atividade física combinada, aeróbica e resistida, com meta de 150 minutos semanais; suporte psicológico, com entrevista motivacional e terapia cognitivo-comportamental; e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como coadjuvantes. O protocolo inclui expressamente adultos submetidos a cirurgia bariátrica há 18 meses ou mais com IMC ≥ 25 kg/m², perfil que corresponde ao da paciente.

A linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade prevê ainda o tratamento cirúrgico, inclusive a reavaliação do paciente pós-bariátrico, segundo os critérios da Portaria de Consolidação nº 3/2017[7]. Não há nos autos comprovação de que a paciente tenha sido acompanhada conforme o PCDT, com seguimento multiprofissional na Atenção Primária, nem de que tenha sido avaliada por médico reumatologista.

11. Quais evidências sobre a eficácia e segurança do medicamento pleiteado com comprovação da eficácia e segurança do fármaco (ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática/meta-análise)?

O médico assistente não citou nem juntou aos autos qualquer estudo científico que fundamente a prescrição, limitando-se a afirmar que a tirzepatida constitui “opção terapêutica baseada em evidência científica atual”. Diante disso, este Núcleo procedeu à busca independente na literatura, priorizando ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas com metanálise.

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS nº 53, de 11 de novembro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2020/20201113_portaria_sctie_53.pdf.

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo IV. Diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

O SURMOUNT-1 (Jastreboff AM et al., N Engl J Med, 2022;387:205-16) é um ensaio clínico randomizado de fase 3, multicêntrico, duplo-cego e controlado por placebo, e constitui evidência de alto nível. Incluiu 2.539 adultos sem diabetes com IMC ≥ 30 kg/m², ou ≥ 27 kg/m² com complicação relacionada ao peso (idade média de 44,9 anos, 67,5% mulheres, IMC médio de 38,0 kg/m²), tratados por 72 semanas com tirzepatida 5, 10 ou 15 mg semanais ou placebo, junto com intervenção no estilo de vida. Os desfechos primários foram a variação percentual do peso corporal e a proporção de participantes com redução de peso ≥ 5% na semana 72. Os desfechos secundários incluíram reduções de peso ≥ 10%, ≥ 15% e ≥ 20%, a circunferência abdominal, a pressão arterial, o perfil lipídico, a insulina de jejum, a função física pelo SF-36 e, em subgrupo, a massa de gordura corporal.

A variação do peso foi de −15,0% (IC 95%: −15,9 a −14,2), −19,5% (IC 95%: −20,4 a −18,5) e −20,9% (IC 95%: −21,8 a −19,9) com 5, 10 e 15 mg, contra −3,1% com placebo ($p < 0,001$). A redução de peso ≥ 5% foi alcançada por 85%, 89% e 91% dos participantes tratados, contra 35% com placebo. A redução ≥ 20% ocorreu em 30%, 50% e 57%, contra 3% com placebo. A circunferência abdominal diminuiu de 14,0 a 18,5 cm, contra 4,0 cm com placebo. No subgrupo avaliado, a massa de gordura total caiu 33,9%, contra 8,2% com placebo. A função física pelo SF-36 melhorou pouco, com diferença de 1,9 ponto (IC 95%: 1,0 a 2,9) em relação ao placebo. Quanto à segurança, predominaram eventos gastrointestinais, sobretudo náusea (24,6% a 33,3%, contra 9,5% com placebo), diarreia, vômitos e constipação, de intensidade leve a moderada e concentrados no escalonamento de dose. Os eventos adversos graves foram semelhantes entre os grupos (5,1% a 6,9%, contra 6,8% com placebo), e a descontinuação por eventos adversos foi de 4,3% a 7,1%, contra 2,6% com placebo. O estudo foi desenhado, monitorado e analisado pelo fabricante (Eli Lilly). Os autores reconhecem como limitações a possível maior adesão dos participantes ao controle de peso em relação à população geral, os fatores de risco cardiometabólico quase normais na linha de base e a pequena proporção de participantes com sobrepeso (5,5%).

O estudo de Liu L et al. (Int J Clin Pharm, 2024;46:1268-80) é uma revisão sistemática com metanálise de ensaios clínicos randomizados e, pelo desenho, constitui evidência de alto nível. Ressalva-se que não houve avaliação da certeza da evidência pelo sistema GRADE e que foram identificadas fragilidades metodológicas. A revisão reuniu três ensaios (SURMOUNT-1, SURMOUNT-3 e SURMOUNT-4), com 3.901 participantes, todos contra placebo e patrocinados pelo fabricante. Os desfechos de eficácia foram a proporção de participantes que atingiram metas de perda de peso, a variação percentual do peso, o IMC, a circunferência abdominal, a pressão arterial, a HbA1c e a qualidade de vida (IWQOL-

Lite e SF-36). Os desfechos de segurança foram os eventos adversos gerais e graves, a descontinuação por eventos adversos e os eventos adversos específicos.

A tirzepatida reduziu o peso em −18,7% (IC 95%: −21,3 a −16,2), o IMC em −7,65 kg/m² (IC 95%: −10,10 a −5,20), a circunferência abdominal em −14 cm (IC 95%: −14,94 a −13,06), a pressão sistólica em −7,37 mmHg, a diastólica em −4,38 mmHg e a HbA1c em −0,4%. Houve melhora no IWQOL-Lite (diferença média de 10,95) e no SF-36 (diferença média de 2,87). Não houve diferença em eventos adversos graves (OR 0,95; IC 95%: 0,69 a 1,30), mas aumentaram os eventos adversos gerais (OR 1,53), a náusea (OR 4,26), os vômitos (OR 8,35) e a diarreia (OR 3,57). A metanálise agrupa estudos de desenhos heterogêneos, entre eles um ensaio de retirada randomizada precedido de 36 semanas de uso aberto do medicamento, o que tende a superestimar o efeito agregado, e contém inconsistências numéricas, com intervalos de confiança que não contêm a própria estimativa (náusea e descontinuação por eventos adversos). Os autores reconhecem como limitações o número reduzido de estudos, a comparação exclusiva com placebo e a não avaliação de viés de publicação.

Os estudos demonstram, com alta certeza, a eficácia da tirzepatida na redução de peso em adultos com obesidade sem diabetes, mas não são aplicáveis ao quadro clínico da paciente. O SURMOUNT-1 excluiu expressamente participantes com tratamento cirúrgico prévio da obesidade, condição da paciente. Nenhum dos ensaios avaliou a dose de 7,5 mg como dose de manutenção (as doses estudadas foram 5, 10 e 15 mg, ou a dose máxima tolerada de 10 ou 15 mg). Também não houve comparação com as alternativas disponíveis no SUS, como o cuidado multiprofissional previsto no PCDT ou a abordagem cirúrgica, para a qual o próprio SURMOUNT-1 refere perda de peso de 25% a 30% em um a dois anos. Não foram localizados ensaios clínicos randomizados que avaliem a tirzepatida no reganho de peso pós-cirurgia bariátrica, cenário em que a evidência disponível provém de estudos observacionais, de baixo nível de evidência. Soma-se a isso a ausência de peso, altura e IMC nos autos, que impede verificar a compatibilidade do perfil da paciente com o das populações estudadas.

12. Quais benefícios/efeitos/resultados esperados do(s) medicamento(s) pleiteado(s)?

O relatório médico de 05/11/2025 descreve como objetivos terapêuticos reduzir o peso corporal e a massa de gordura visceral, minimizar a carga mecânica sobre a coluna, reduzir a dor e a incapacidade funcional, prevenir a progressão de comorbidades metabólicas e osteomusculares e melhorar a qualidade de vida e a reintegração funcional da paciente. O relatório de 19/02/2026 acrescenta a diminuição da atividade inflamatória da

artrite, a redução da dor articular, a melhora funcional e a potencial redução futura de custos com terapias imunobiológicas.

13. Qual o custo do tratamento solicitado determinado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED?

A apresentação prescrita (Mounjaro® 7,5 mg/0,5 mL, solução injetável, 4 canetas aplicadoras) não consta da tabela de preços da CMED vigente[8]. Por essa razão, o custo foi estimado com base no preço de mercado praticado no varejo farmacêutico[9], com a ressalva de que esse valor não corresponde ao Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), redutor obrigatório para aquisições decorrentes de decisão judicial[10], podendo ser superior ao preço efetivamente praticado em aquisição pública.

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	LABORATÓRIO	MARCA COMERCIAL	APRESENTAÇÃO	PREÇO DE MERCADO (R$)
Tirzepatida	Eli Lilly do Brasil Ltda.	Mounjaro®	7,5 mg/0,5 mL sol. inj., 4 canetas aplicadoras	2.299,00

13.1. Preço estimado do tratamento por ciclo (4 semanas):

MEDICAMENTO	DOSE RECOMENDADA	PREÇO DE MERCADO (R$)
Tirzepatida 7,5 mg	7,5 mg SC, 1 vez por semana (4 aplicações)	2.299,00

13.2. Preço estimado do tratamento anual:

MEDICAMENTO	DOSE RECOMENDADA	PREÇO DE MERCADO (R$)
Tirzepatida 7,5 mg	7,5 mg SC, 1 vez por semana (52 aplicações; 13 caixas)	**29.887,00**
TOTAL (anual) EM SALÁRIOS-MÍNIMOS		**18,44**

Valor anual convertido pelo salário-mínimo vigente de R$ 1.621,00[11].

Competência Judicial: Justiça estadual

Responsável pelo Custeio: Estado

[8]Fonte do custo da tecnologia: Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Alíquota 20% (Tocantins). Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos.

[9]Preço de mercado consultado em drogaria de rede nacional (Drogasil), em 07/10/2026, para Mounjaro® 7,5 mg/0,5 mL, solução injetável, 4 canetas aplicadoras. Disponível em: https://www.drogasil.com.br/mounjaro-7-5mg-solucao-injetavel-0-5ml-4-canetas-aplicadoras-1272174.html. Valor de varejo, não regulado como PMVG, utilizado apenas como referência.

[10]BRASIL. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. Resolução CMED nº 3, de 2 de março de 2011. O PMVG – Preço Máximo de Venda ao Governo é o redutor obrigatório para aquisições decorrentes de decisão judicial.

[11]Salário-mínimo nacional vigente em 2026: R$ 1.621,00.

14. Outras informações

- O prescritor possui inscrição no Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CRM 36624/RS), com especialidade registrada em Medicina Intensiva e endereço profissional em Santa Cruz do Sul/RS. Os documentos foram emitidos por plataforma de prescrição digital, sem esclarecimento quanto à modalidade do atendimento (presencial ou telemedicina) e sem demonstração de vínculo com serviço do SUS no Estado do Tocantins;
- A prescrição data de 12/11/2025, há quase onze meses, sem atualização nos autos, embora se trate de medicamento de uso contínuo. A receita não especifica a quantidade mensal, indica diretamente a dose de 7,5 mg sem o esquema de titulação previsto em bula e não esclarece se a paciente já faz uso do medicamento;
- Os campos de assinatura do formulário de negativa da SES-TO apresentam-se em branco na cópia digitalizada acostada aos autos.

Conclusão:

CONSIDERANDO o diagnóstico de obesidade não especificada (CID-10 E66.9), em paciente com estado pós-cirurgia bariátrica (CID-10 Z98.84) e artrite não especificada (CID-10 M13.9), fundamentado exclusivamente em descrição em relatório médico, sem registro de peso, altura ou IMC e sem exames complementares acostados aos autos;

CONSIDERANDO que a documentação médica foi emitida por prescritor com inscrição no CRM/RS, por plataforma de prescrição digital, sem vínculo demonstrado com serviço do SUS no Estado do Tocantins, e que a prescrição, datada de 12/11/2025, não foi atualizada nos autos;

CONSIDERANDO que a tirzepatida possui registro válido na ANVISA, com indicação em bula para o controle crônico de peso em adultos com IMC ≥ 30 kg/m², ou ≥ 27 kg/m² na presença de comorbidade, não sendo possível verificar a conformidade da prescrição com a bula em razão da ausência de medidas antropométricas nos autos;

CONSIDERANDO que a tirzepatida não está incorporada ao SUS e não foi avaliada pela CONITEC, e que o PCDT do Sobrepeso e Obesidade em Adultos não prevê tratamento medicamentoso, oferecendo cuidado multiprofissional longitudinal na Atenção Primária à Saúde, que contempla expressamente o paciente pós-bariátrico, além do acesso ao tratamento cirúrgico;

CONSIDERANDO que os tratamentos anteriores informados restringem-se à cirurgia bariátrica e a medidas não farmacológicas, sem descrição de período, forma de acompanhamento ou resultados obtidos, e sem uso prévio de qualquer medicamento disponível no SUS;

CONSIDERANDO que as evidências de alto nível disponíveis, o ensaio clínico randomizado SURMOUNT-1 (Jastreboff AM et al., N Engl J Med, 2022) e a metanálise de Liu L et al. (Int J Clin Pharm, 2024), demonstram redução de peso de −15,0% a −20,9% em 72 semanas e diferença média de −18,7% em relação ao placebo em adultos com obesidade sem diabetes;

CONSIDERANDO que o estudo SURMOUNT-1 excluiu expressamente participantes com tratamento cirúrgico prévio da obesidade, e que nenhum dos ensaios avaliou a dose de 7,5 mg como manutenção, e não há ensaios clínicos randomizados para o reganho ponderal pós-cirurgia bariátrica, cenário em que a evidência é de baixo nível;

CONCLUI-SE parecer *NÃO FAVORÁVEL* para a solicitação do medicamento *tirzepatida 7,5 mg*, pleiteado para o caso em questão.

15. *Referências bibliográficas:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos.

BRASIL. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. Resolução CMED nº 3, de 2 de março de 2011.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/recomendacoes-conitec.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONITEC. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONITEC. Relatório de Recomendação nº 1.033 – Semaglutida para o tratamento de pacientes com obesidade grau II e III, sem diabetes, com doença cardiovascular estabelecida. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS nº 53, de 11 de novembro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em Adultos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias SCTIE/MS nº 14 e nº 15, de 24 de abril de 2020. Decisão de não incorporar a sibutramina e o orlistate para o tratamento da obesidade no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 33, de 19 de janeiro de 2026. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

_____. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde.

_____. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

_____. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

ELI LILLY DO BRASIL LTDA. Mounjaro® (tirzepatida) solução injetável: bula.

JASTREBOFF, A. M. et al. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. New England Journal of Medicine, v. 387, n. 3, p. 205-216, 2022. DOI: 10.1056/NEJMoa2206038.

LIU, L.; SHI, H.; XIE, M.; SUN, Y.; NAHATA, M. C. Efficacy and safety of tirzepatide versus placebo in overweight or obese adults without diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. International Journal of Clinical Pharmacy, v. 46, n. 6, p. 1268-1280, 2024. DOI: 10.1007/s11096-024-01779-x.

EFFECTS of Semaglutide and Tirzepatide on Recurrent Weight Gain After Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. Obesity Surgery, 2025. PMID: 41313431.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Tema 6 da Repercussão Geral (RE 566.471); Tema 1.234 da Repercussão Geral (RE 1.366.243).

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Tema 106 (REsp 1.657.156).