Nota Técnica 501837

Data de conclusão: 23/04/2026 20:53:04

Paciente

Idade: 36 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Porto Velho/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 1ª Vara Cível de Porto Velho

Tecnologia 501837-A

CID: E66 - Obesidade

Diagnóstico: obesidade

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: consulta em nutrologia

O procedimento está inserido no SUS? Não informado

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: consulta em nutrologia

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: não se aplica.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: consulta em nutrologia

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: consulta em nutrologia

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A Nutrologia é uma especialidade médica voltada ao diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças relacionadas ao estado nutricional, sendo o médico nutrólogo responsável pela avaliação clínica global do paciente, incluindo a investigação de deficiências nutricionais, distúrbios metabólicos e condições associadas, bem como pela solicitação e interpretação de exames e prescrição de terapias farmacológicas quando indicadas (4). Diferentemente do nutricionista, cuja atuação está centrada na prescrição dietética e na educação alimentar, o nutrólogo possui formação médica, o que lhe permite realizar diagnóstico clínico e prescrever tratamentos farmacológicos quando necessário.
Não foram identificados estudos ou diretrizes que estabeleçam a imprescindibilidade do profissional médico nutrólogo no tratamento da obesidade ou no acompanhamento a longo prazo no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Embora haja consenso na literatura quanto à necessidade de acompanhamento multidisciplinar, essa abordagem é, em geral, descrita como composta por profissionais como médico assistente (clínico e/ou cirurgião), nutricionista, psicólogo e profissionais de educação física, entre outros, não havendo indicação específica e obrigatória de seguimento por nutrólogo (3).

Item	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Anual
Tratamento com profissional nutrólogo	24	R$ 650	R$ 15.600,00

* De acordo com orçamento de menor valor (Num. 133380180 - Pág. 14- 15)
Atualmente, não há base de dados oficial que disponibilize valores de referência para o tratamento pleiteado. Dessa forma, considerou-se o orçamento anexado aos autos, estimando o custo total para um ano de tratamento. Não foram identificados estudos de custo-efetividade para o pleito. Em atenção à questão de valores, é digno de nota que a paciente pleiteia o ressarcimento de R$ 23.185,00 por consultas já realizadas.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: acompanhamento, diagnóstico e tratamento de alterações nutricionais, porém sem evidência de superioridade ou benefício adicional do acompanhamento por médico nutrólogo em relação ao acompanhamento multiprofissional habitual (incluindo nutricionista), no contexto do tratamento da obesidade ou do seguimento pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: consulta em nutrologia

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Considera-se que o tratamento da obesidade e o acompanhamento longo prazo de cirurgia bariátrica devem ser realizados por meio de abordagem multidisciplinar, conforme descrito na literatura, envolvendo profissionais como médico assistente, nutricionista, psicólogo e outros profissionais de saúde, conforme as necessidades individuais do paciente. Nesse contexto, destaca-se também a importância do acompanhamento psicológico, especialmente nos casos em que há presença de compulsão alimentar ou outros transtornos do comportamento alimentar, como no caso em tela, fatores que podem impactar diretamente os resultados em longo prazo.
Entretanto, não foram identificadas evidências científicas que estabeleçam benefício adicional ou imprescindibilidade do acompanhamento por médico nutrólogo no tratamento da obesidade ou no seguimento pós-bariátrico, tampouco evidências que demonstrem superioridade em relação ao acompanhamento multiprofissional habitual. Adicionalmente, a exigência de profissional com “especialização em complicações metabólicas pós-bariátricas” não encontra respaldo em normativas vigentes, não se tratando de especialidade médica reconhecida formalmente pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).
Diante da disponibilidade de acompanhamento por profissional nutricionista, médicos clínicos, endocrinologistas e demais integrantes da equipe multiprofissional entre os credenciados do plano de saúde, não se verifica justificativa técnica para a exigência específica de médico nutrólogo. Assim, manifesta-se desfavoravelmente ao pleito.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS). Vigitel Brasil 2019: principais resultados. In: Boletim Epidemiológico no 16. 51st ed. Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde; 2020. p. 2026. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/16/Boletim-epidemiologicoSVS-16.pdf

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos. Outubro de 2020. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20201113_Relatorio_PCDT_567_Sobrepeso_e_Obesidade_em_adultos.pdf

3. Budny A, Janczy A, Szymanski M, Mika A. Long-term follow-up after bariatric surgery: key to successful outcomes in obesity management. Nutrients. 2024;16(24):4399. doi:10.3390/nu16244399.

4. Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN). O que é nutrologia [Internet]. São Paulo:

ABRAN. Disponível em: https://abran.org.br/educacao/sobre-nutrologia

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Segundo relatórios médicos (Num. 133380198 - Pág. 1; Num. 133381151 - Pág. 1), a parte autora apresenta diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada, associado a quadro de compulsão alimentar. Realizou cirurgia bariátrica em 2015, com posterior reganho ponderal, apresentando atualmente IMC de 54 kg/m², compatível com obesidade grau III. Consta que, aos exames laboratoriais, apresenta anemia ferropriva (Hb 9,7 g/dL; ferro sérico 11 µg/dL), além de deficiências nutricionais, incluindo vitamina D (9,6 ng/mL), vitamina B12 (130–162 pg/mL) e cálcio, bem como hiperparatireoidismo secundário previamente documentado (PTH 172,7 pg/mL), com redução em controle recente (PTH 100,1 pg/mL). Há ainda menção, em relatório médico, a hipopotassemia e deficiência de vitamina C, para as quais não foram apresentados exames laboratoriais correspondentes nos autos (Num. 133380200). Diante desse contexto, foi solicitada a utilização do medicamento tirzepatida para tratamento da obesidade, bem como acompanhamento com profissional nutrólogo especializado em complicações metabólicas pós-bariátricas e reposição parenteral de micronutrientes, incluindo vitamina D3, metilcobalamina, metilfolato, vitamina B6, vitamina C e complexo B. A presente nota técnica refere-se a consulta médica.

No mundo, sobrepeso e obesidade afetam mais de 2 bilhões de adultos, e a prevalência quase triplicou em 40 anos. De acordo com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2019, a prevalência da obesidade em adultos no Brasil aumentou 72% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2018. Mais da metade da população brasileira (55,4%) tem excesso de peso. Observou-se aumento de 30% quando comparado com percentual de 42,6% no ano de 2006 (1). A obesidade compromete a qualidade e reduz a expectativa de vida do indivíduo. Além disso, ela impacta a sociedade com aumento dos gastos diretos em saúde, bem como dos custos indiretos, associados à perda de produtividade (2). O diagnóstico de sobrepeso ou obesidade é clínico, com base na estimativa do índice de massa corporal (IMC), que é dado pela relação entre o peso e a altura do indivíduo. Além de medidas antropométricas, a avaliação do sobrepeso e da obesidade deve buscar identificar suas causas e complicações, bem como potenciais barreiras ao tratamento. Esta avaliação leva em consideração anamnese, com coleta do histórico de saúde completo e de aspectos comportamentais e sociais; exame físico e exames laboratoriais e de imagem, conforme julgamento clínico (2).

O tratamento da obesidade deve ter por finalidade alcançar uma série de objetivos globais em curto e longo prazo. Em conformidade com esta abordagem, o tratamento do sobrepeso e da obesidade deve buscar os seguintes resultados: diminuição da gordura corporal, preservando ao máximo a massa magra; promoção da manutenção de perda de peso; impedimento de ganho de peso futuro; educação alimentar e nutricional que vise à perda de peso, por meio de escolhas alimentares adequadas e saudáveis; redução de fatores de risco cardiovasculares associados à obesidade (hipertensão arterial, dislipidemia, pré-diabete ou diabete melito); melhorias de outras comorbidades (apneia do sono, osteoartrite, risco neoplásico, etc.); recuperação da autoestima; aumento da capacidade funcional e da qualidade de vida. É preciso atentar que o tratamento da obesidade não tem como objetivo atingir um IMC

correspondente à eutrofia. O critério para perda de peso bem-sucedida é a manutenção de uma perda ponderal igual ou superior a 10% do peso inicial após 1 ano. Este percentual já é suficiente para melhorias significativas nos parâmetros cardiovasculares e metabólicos. O tratamento pode ser feito por intervenções não farmacológicas, farmacológicas e cirúrgicas (2). Pertinente ao caso em tela, a parte autora foi submetida à cirurgia bariátrica, que é um procedimento consagrado no tratamento da obesidade, com posterior reganho ponderal, apresentando atualmente IMC compatível com obesidade grau III. No pós-operatório da cirurgia bariátrica, o acompanhamento a longo prazo é fundamental, considerando que as alterações anatômicas e funcionais do trato gastrointestinal podem levar a deficiências nutricionais, complicações metabólicas e reganho de peso. Nesse contexto, o cuidado deve envolver abordagem multidisciplinar, com monitoramento clínico e nutricional regular, suporte psicológico, orientação para atividade física e educação em saúde, com o objetivo de favorecer a adesão ao tratamento, prevenir complicações e otimizar os resultados em longo prazo. O reganho de peso constitui evento relativamente frequente após a cirurgia bariátrica, de etiologia multifatorial, podendo relacionar-se a fatores comportamentais, psicológicos, metabólicos e anatômicos, o que reforça a necessidade de avaliação individualizada e seguimento contínuo por equipe multiprofissional (3).

Tecnologia 501837-B

CID: E66 - Obesidade

Diagnóstico: obesidade

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: TIRZEPATIDA

Via de administração: SC

Posologia: tirzepatida 60 mg/2,4 mL, aplicar 0,6 mL 1x por semana ou conforme orientação médica.

Uso contínuo? -

Duração do tratamento: dia(s)

Indicação em conformidade com a aprovada no registro? Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante? Não

O medicamento está inserido no SUS? Não informado

Oncológico? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: TIRZEPATIDA

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: não há.

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: TIRZEPATIDA

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: TIRZEPATIDA

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: TIRZEPATIDA

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A tirzepatida é um agonista dos receptores do polipeptídeo insulinotrópico dependente da glicose (GIP) e do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (GLP-1). Trata-se de um peptídeo modificado, composto por 39 aminoácidos e conjugado a um ácido graxo C20, o que permite sua ligação à albumina e prolonga sua meia-vida. A tirzepatida se liga e ativa seletivamente os receptores GIP e GLP-1,

mimetizando a ação dos hormônios nativos. Seu efeito inclui o aumento da secreção de insulina nas fases inicial e tardia e a redução dos níveis de glucagon, ambos de forma dependente da concentração de glicose (4).

O estudo SURMOUNT-1 foi um ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo, que incluiu 2.539 adultos com obesidade ou sobrepeso associado a comorbidades, excluindo indivíduos com diabetes. Os participantes foram randomizados para tirzepatida 5 mg, 10 mg, 15 mg ou placebo, administrados semanalmente por 72 semanas, juntamente com orientações padronizadas de dieta e exercícios. A tirzepatida promoveu redução de peso significativamente maior que o placebo: –15,0% (5 mg), –19,5% (10 mg) e –20,9% (15 mg) versus –3,1% (placebo), p<0,001 para todas as comparações. A proporção de participantes que atingiu ?20% de perda de peso foi de até 57% no grupo 15 mg. Os eventos adversos mais comuns foram gastrointestinais, geralmente leves ou moderados (5).

O SURMOUNT-3 foi um ensaio clínico randomizado, duplo-cego, que avaliou 806 adultos com obesidade ou sobrepeso, todos previamente submetidos a 12 semanas de intervenção intensiva em estilo de vida, com perda ?5% de peso corporal antes da randomização. Os participantes foram alocados para tirzepatida (5–15 mg) ou placebo por 72 semanas. A tirzepatida resultou em perda de peso adicional média de –21,1%, enquanto o placebo apresentou redução de apenas –3,0% (p<0,001). Além disso, 87% dos participantes no grupo tirzepatida atingiram ?10% de perda adicional, comparado a 17% no placebo. Os eventos adversos foram novamente predominantemente gastrointestinais (6).

O SURMOUNT-4 foi um ensaio clínico randomizado, duplo-cego, conduzido em duas fases. Inicialmente, 783 adultos com obesidade ou sobrepeso com comorbidades receberam tirzepatida por 36 semanas (aberto), alcançando perda média de –21,1% do peso corporal. Em seguida, os pacientes foram randomizados para continuar tirzepatida ou trocar para placebo por 52 semanas adicionais. Aqueles que mantiveram a tirzepatida continuaram perdendo peso, chegando a redução total de –25,3%, enquanto o grupo placebo reganhou peso (+14% do peso originalmente perdido), p<0,001. Os eventos adversos foram semelhantes aos estudos anteriores, sobretudo gastrintestinais (7).

Uma revisão sistemática e meta-análise que incluiu seis ensaios clínicos randomizados, totalizando aproximadamente 4.000 participantes com sobrepeso ou obesidade, avaliou a tirzepatida nas doses de 5, 10 e 15 mg em comparação com placebo ou com comparadores ativos. Os comparadores ativos correspondiam a medicamentos utilizados em ensaios clínicos conduzidos exclusivamente em pessoas com diabetes tipo 2 — como semaglutida 1 mg, insulina degludeca e insulina glargina — e, portanto, não representam alternativas terapêuticas indicadas para o manejo da obesidade. A tirzepatida demonstrou reduções ponderais médias de –7,7 kg (5 mg), –11,6 kg (10 mg) e –11,8 kg (15 mg) em relação ao placebo, com diminuições significativas de IMC e circunferência abdominal (p<0,001). A proporção de indivíduos que alcançou ?10% e ?15% de perda de peso também foi significativamente maior nos grupos tirzepatida. Os eventos adversos mais frequentes foram gastrointestinais (náuseas, diarreia e vômitos), com maior incidência nas doses mais elevadas (8).

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Anual
TIRZEPATIDA	30 MG/ML SOL13 INJ SC CT 4 SER PREENC VD TRANS X 0,5 ML + 4 CAN APLIC		R$ 2.271,03	R$ 29.523,39

*Valor unitário considerado a partir de consulta de preço da tabela CMED. Preço máximo de

venda ao governo (PMVG) em Rondônia (ICMS 19,5%). O PMVG é o resultado da aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) sobre o Preço Fábrica – PF, PMVG = PF*(1-CAP). O CAP, regulamentado pela Resolução nº. 3, de 2 de março de 2011, é um desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sempre que forem realizadas vendas de medicamentos constantes do rol anexo ao Comunicado nº 15, de 31 de agosto de 2017 - Versão Consolidada ou para atender ordem judicial. Conforme o Comunicado CMED nº 5, de 21 de dezembro de 2020, o CAP é de 21,53%. Alguns medicamentos possuem isenção de ICMS para aquisição por órgãos da Administração Pública Direta Federal, Estadual e Municipal, conforme Convênio ICMS nº 87/02, sendo aplicado o benefício quando cabível.
A tirzepatida é comercializada no Brasil sob o nome de Mounjaro® fabricado pelo laboratório Eli Lilly do Brasil Ltda nas apresentações 2,5 mg/0,5 mL, 5 mg/0,5 mL, 7,5 mg/0,5 mL, 10 mg/0,5 mL, 12,5 mg/0,5 mL, 15 mg/0,5 mL, solução injetável. Em consulta à tabela CMED no site da ANVISA, em março de 2026, e com os dados da prescrição médica juntada ao processo,foi elaborada a tabela acima estimando o custo total para um ano de tratamento.
O National Institute for Health and Care Excellence (NICE), do sistema de saúde britânico, avaliou a tirzepatida para o manejo da obesidade utilizando um modelo individual de simulação com horizonte vitalício, comparando a tecnologia às intervenções de dieta e exercício e à semaglutida. Nas análises econômicas realizadas, observou-se que, para a população geral-alvo (IMC ? 30 kg/m² com comorbidade), os ICERs variaram de £28.697 a £35.325 por QALY, ultrapassando o limiar de aceitabilidade adotado no Reino Unido (£20.000/QALY). Embora alguns cenários alternativos tenham produzido ICERs mais baixos, esses dependiam de premissas consideradas pouco realistas, como ausência de reganho de peso após a suspensão da terapia. No subgrupo com IMC ? 35 kg/m² associado a pelo menos uma comorbidade, o ICER estimado foi de £21.372 por QALY, valor considerado aceitável dentro do grau de incerteza do modelo. Assim, o NICE concluiu que a tirzepatida é custo-efetiva apenas para indivíduos com IMC ? 35 kg/m², não sendo recomendada para aqueles com IMC entre 30 e 34,9 kg/m² devido ao desempenho econômico desfavorável e ao elevado impacto orçamentário potencial (9).
Não foram identificadas avaliações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) relacionadas ao uso de tirzepatida para o manejo da obesidade. Da mesma forma, a Canada's Drug Agency (CDA-AMC), que atualmente conduz as avaliações nacionais no Canadá, analisou a tirzepatida apenas no contexto do diabetes mellitus tipo 2, não havendo avaliação específica para controle de peso.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: diminuição do peso corporal durante o uso do medicamento, com melhora de parâmetros metabólicos e possível redução do risco cardiovascular, porém sem evidências de manutenção da perda ponderal após a descontinuação do medicamento.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: TIRZEPATIDA

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Os estudos demonstram que a tirzepatida reduz o peso corporal durante o uso, sobretudo quando associada a dieta e atividade física; entretanto, não há evidências de manutenção da perda ponderal após a suspensão do medicamento, havendo reganho

significativo de peso.
No caso em análise, trata-se de paciente com obesidade grau III e histórico de cirurgia bariátrica prévia, com reganho ponderal, condição que pode justificar a consideração de terapias farmacológicas adjuvantes, especialmente no contexto de acompanhamento multiprofissional. Contudo, não há, nos autos, detalhamento clínico suficiente acerca do estado atual da paciente que permita avaliar de forma precisa a indicação da tirzepatida, como evolução ponderal recente, estratégias terapêuticas atualmente empregadas, bem como o manejo do transtorno de ansiedade e do quadro de compulsão alimentar, fatores diretamente relacionados ao comportamento alimentar e ao reganho de peso. Ademais, não foram apresentados elementos que permitam aferir a superioridade ou a necessidade específica da medicação pleiteada em relação a outras abordagens possíveis no manejo da obesidade.
Ressalta-se, ainda, que a dose prescrita, de 15 mg/semana, corresponde à dose máxima recomendada. Não há, nos autos, descrição de uso prévio do medicamento, incluindo dose de início, esquema de titulação, tampouco os resultados obtidos até o momento.
Por fim, trata-se de medicamento de uso domiciliar, administrado fora do ambiente hospitalar ou de internação, não possuindo previsão de cobertura obrigatória no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Dessa forma, entendemos que se impõe o presente parecer desfavorável.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: 1. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos. Outubro de 2020. [Internet]. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_sobrepeso_e_obesidade_em_adultos_29_10_2020_final.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União. 2013.
4. DynaMed. Tirzepatide. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. Ac. Baseado em: MOUNJARO® (tirzepatide) Prescribing Information. Lilly USA LLC; 2024.
5. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Connery L, Alves B, et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. N Engl J Med. 2022;387(3):205-16.
6. Wadden TA, Bailey TS, Billings LK, Capron A, Jeffery RW, Tronieri JS, et al. Effect of subcutaneous tirzepatide vs placebo added to intensive lifestyle intervention on body weight in adults with obesity: the SURMOUNT-3 randomized clinical trial. Nat Med. 2023;29(8):1971-82.
7. Aronne LJ, Thomsen M, Kushner RF, Gadde KM, Wadden TA, Busch RS, et al. Maintenance of weight reduction with tirzepatide following a 36-week lead-in period: the SURMOUNT-4 randomized clinical trial. JAMA. 2024;331(2):158-69.
8. Tan B, Zhang Y, Zhou L, Wang K, Chen X. Efficacy and safety of tirzepatide for treatment of overweight or obesity: a systematic review and meta-analysis. Int J Obes. 2023;47(9):1333-43.
9. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Tirzepatide for managing overweight and obesity (TA1026). London: NICE; 2025. Disponível em: /mnt/data/tirzepatide-for-managing-overweight-and-obesity-pdf-2973528337587397.pdf.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Segundo relatórios médicos (Num. 133380198 - Pág. 1; Num. 133381151 - Pág. 1), a parte autora apresenta diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada, associado a quadro de compulsão alimentar. Realizou cirurgia bariátrica em 2015, com posterior reganho ponderal, apresentando atualmente IMC de 54 kg/m², compatível com obesidade grau III. Consta que, aos exames laboratoriais, apresenta anemia ferropriva (Hb 9,7 g/dL; ferro sérico 11 µg/dL), além de deficiências nutricionais, incluindo vitamina D (9,6 ng/mL), vitamina B12 (130–162 pg/mL) e cálcio, bem como hiperparatireoidismo secundário previamente documentado (PTH 172,7 pg/mL), com redução em controle recente (PTH 100,1 pg/mL). Há ainda menção, em relatório médico, a hipopotassemia e deficiência de vitamina C, para as quais não foram apresentados exames laboratoriais correspondentes nos autos (Num. 133380200). Diante desse contexto, foi solicitada a utilização do medicamento tirzepatida para tratamento da obesidade, bem como acompanhamento com profissional nutrólogo especializado em complicações metabólicas pós-bariátricas e reposição parenteral de micronutrientes, incluindo vitamina D3, metilcobalamina, metilfolato, vitamina B6, vitamina C e complexo B. A presente nota técnica refere-se ao uso de tirzepatida.

No mundo, sobrepeso e obesidade afetam mais de 2 bilhões de adultos, e a prevalência quase triplicou em 40 anos. De acordo com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico de 2019 (VIGITEL), a prevalência da obesidade em adultos no Brasil aumentou 72% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2018. Mais da metade da população brasileira (55,4%) tem excesso de peso (sobrepeso ou obesidade) (1). A obesidade é uma condição crônica multifatorial que engloba diferentes dimensões: biológica, social, cultural, comportamental, de saúde pública e política que compromete a qualidade e reduz a expectativa de vida do indivíduo. Além disso, impacta a sociedade com aumento dos gastos diretos em saúde, bem como dos custos indiretos, associados à perda de produtividade (2).

O diagnóstico de sobrepeso ou obesidade é clínico, com base na estimativa do índice de massa corporal (IMC), que é dado pela relação do peso corporal (em quilogramas) dividido pela altura (em metros) ao quadrado. O sobrepeso é definido como um IMC de 25 a 29,9 kg/m2; a obesidade é definida como um IMC ? 30 kg/m2; e a obesidade grave é definida como IMC ? 40kg/m2 (ou ? 35 kg/m2 na presença de comorbidades). Além de medidas antropométricas, a avaliação do sobrepeso e da obesidade deve buscar identificar suas causas e complicações, bem como potenciais barreiras ao tratamento. Esta avaliação leva em consideração anamnese, com coleta do histórico de saúde completo e de aspectos comportamentais e sociais; exame físico e exames laboratoriais e de imagem, conforme julgamento clínico (2).

O tratamento da obesidade deve ter por finalidade alcançar objetivos globais em curto e longo prazo. Sendo assim, o tratamento do sobrepeso e da obesidade deve buscar os seguintes resultados: diminuição da gordura corporal, preservando ao máximo a massa magra; promoção da manutenção de perda de peso; impedimento de ganho de peso futuro; educação alimentar e nutricional, por meio de escolhas alimentares adequadas e saudáveis; redução de fatores de risco cardiovasculares (hipertensão arterial, dislipidemia, pré-diabete ou diabete melito); melhorias de outras comorbidades (apneia do sono, osteoartrite, risco neoplásico); recuperação da autoestima; aumento da capacidade funcional e da qualidade de vida.

O tratamento da obesidade pode ser feito por intervenções não farmacológicas, farmacológicas e cirúrgicas (1,3). Entre as intervenções não farmacológicas, as principais ferramentas são

atividade física regular, alimentação adequada e saudável e suporte psicológico. O tratamento farmacológico pode ser considerado como adjuvante em casos selecionados, especialmente na presença de obesidade grave ou comorbidades associadas, devendo ser indicado de forma individualizada, com avaliação dos riscos, benefícios e necessidade de uso contínuo (2).