ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PROTOCOLO

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (PCDT) COMPLEMENTAR PARA OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ENTRE DOZE A VINTE E UM ANOS DE IDADE NO ESTADO DE GOIÁS – versão março de 2026

Autoria:
Nelson Rassi, médico endocrinologista, doutor.
Daniela Espíndola Antunes, médica endocrinologista, doutora.
Jorge Cecilio Daher Júnior, médico endocrinologista, mestre.
Roney Pereira Pinto, farmacêutico, mestre e doutorando.
Aurelio de Melo Barbosa, fisioterapeuta sanitarista, doutor.

Este protocolo estadual e o PCDT do Ministério da Saúde, se existir, devem ser considerados como referência diagnóstica e terapêutica pelos profissionais de saúde, em Goiás, para o atendimento de pessoas com o transtorno de saúde supracitado.

1 MÉTODOS UTILIZADOS

Para o desenvolvimento desta diretriz sobre obesidade em crianças e adolescentes, adaptada ao contexto brasileiro, foi utilizado o sistema ADAPTE. Este método sistemático e transparente foi escolhido para garantir a qualidade e relevância das recomendações finais.

Delimitou-se o foco da diretriz: tratamento da obesidade em indivíduos de 12 a 21 anos, incluindo abordagens comportamentais, nutricionais, farmacológicas e cirúrgicas quando apropriado.

Identificação de recursos e competências necessárias:

Foi realizada uma busca bibliográfica por diretrizes clínicas na literatura cientifica:

- Conduziu-se uma busca sistemática em bases de dados internacionais (Medline/Pubmed, Google Scholar e Scielo) e sites de organizações de saúde (OMS, Endocrine Society, American Academy of Pediatrics).
- Foi utilizada a seguinte estratégia de busca: (adolescent obesity OR youth obesity) AND (treatment OR therapy OR intervention) AND (guideline OR recommendation) AND (age 12-21 OR teenage).

Período considerado: últimos dez anos, para capturar as diretrizes mais recentes relevantes para esta faixa etária.

Avaliação das diretrizes: Aplicou-se o instrumento AGREE II para avaliar a qualidade metodológica das diretrizes identificadas.

Decisão e seleção: Selecionaram-se as quatro diretrizes com maior pontuação no AGREE II e maior relevância para o tratamento da obesidade na faixa etária de 12 a 21 anos no contexto brasileiro.

Customização: Extraíram-se as recomendações relevantes das diretrizes selecionadas, com foco específico em estratégias de tratamento para adolescentes.

Avaliou-se a aplicabilidade de cada recomendação ao contexto brasileiro, considerando:

- Perfil epidemiológico da obesidade em adolescentes no Brasil;
- Disponibilidade de recursos no sistema de saúde para tratamento de obesidade nesta faixa etária;
- Aspectos culturais, sociais e alimentares brasileiros relevantes para adolescentes.

Modificaram-se as recomendações conforme necessário, com atenção especial às particularidades do tratamento em diferentes estágios da adolescência (início, meio e fim).

2 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição de saúde complexa resultante do acúmulo excessivo de gordura no corpo, a ponto de prejudicar a saúde. Suas causas são múltiplas e interagem entre si, envolvendo fatores genéticos, metabólicos, relacionados à alimentação, ao comportamento e ao ambiente em que vivemos. A obesidade é um grave problema de saúde pública global, afetando cada vez mais pessoas, incluindo crianças e adolescentes, e está associada a um aumento do risco de diversas doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e doenças do coração (Dias *et al.*, 2017; Weffort, 2019).

A obesidade infantil resulta de um conjunto multifatorial de influências socioecológicas, ambientais e genéticas que afetam crianças e famílias. Indivíduos expostos a adversidades podem apresentar alterações nos processos imunológicos, metabólicos e epigenéticos, o que aumenta o risco de obesidade ao alterar a regulação da energia. Essas influências tendem a ser mais prevalentes entre crianças que vivenciaram determinantes negativos de saúde ambientais e sociais, como o racismo. O sobrepeso e a obesidade são mais comuns em crianças que vivem em situação de pobreza, em comunidades com poucos recursos, em famílias imigrantes ou em crianças que experienciam discriminação ou estigma. Assim, a obesidade não afeta todos os grupos populacionais de maneira igual. Esse fato destaca a importância de compreender o papel dos determinantes sociais da saúde, bem como o contexto social das crianças e suas famílias, na etiologia e no tratamento do sobrepeso e da obesidade (Hampl, 2023). Uma criança com obesidade tem 80% chance de tornar-se um adulto com obesidade (Freedman *et al.*, 2007; Kang *et al.*, 2024).

A obesidade, em todas as faixas etárias, frequentemente se apresenta associada a outras comorbidades, como: hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, síndrome metabólica, alterações do metabolismo da glicose (glicemia de jejum alterada, intolerância oral a glicose e diabetes tipo 2), doença renal, osteoartrose, câncer, apneia do sono, doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), litíase biliar, gota, doença cardiovascular, de um total de 190 doenças relacionadas a obesidade (Upadhyay *et al.*, 2018). Estudos epidemiológicos demonstram que a perda de peso proporciona a melhora dessas doenças, e reduz os fatores de risco e a mortalidade (Cercato; Fonseca, 2019; Dambha-Miller *et al.*, 2020; Faludi *et al.*, 2017; Garvey *et al.*, 2016; Stanford, 2019).

A obesidade é causa de incapacidade funcional, de redução da qualidade de vida e expectativa de vida. As pessoas com índice de massa corporal (IMC) ideal têm 80% de chance de alcançar a idade de 70 anos. Esse percentual cai para 60%, se o IMC estiver entre 35-40 kg/m^2 e para 50%, se IMC entre 40-50 kg/m^2 (Whitlock *et al.*, 2009). Em se tratando de crianças e adolescentes, todos os indivíduos classificados como portadores de sobrepeso e obesidade devem ser estimulados para as ações de vigilância alimentar e nutricional, de promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física, além das medidas crescentes de intervenção no estilo de vida (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2016).

A OMS/OPAS divulgou alerta para a intervenção na evolução da obesidade considerando a epidemia global, com enfoque no acúmulo excessivo de gordura e o dano para saúde. Em atenção ao desafio do século XXI, com a expansão da obesidade infantil, o desequilíbrio entre consumo e gasto energético, a interferência do ambiente e da comunidade nas escolhas saudáveis e o impacto da publicidade para esse grupo. Deverá haver esforço para prevenção, pela alimentação saudável e estímulo a níveis adequados de atividade física e a importância da abordagem multisetorial, multidisciplinar e o impacto cultural (Nishtar; Gluckman; Armstrong, 2016).

No Estado de Goiás, a obesidade infantil e em adolescentes é um importante problema de saúde pública. Houve aumento da incidência de obesidade no Estado de Goiás em todas as faixas etárias, com destaque para o aumento significativo entre os adolescentes. No período de 2010 a 2020, a prevalência de sobrepeso e obesidade entre adolescentes aumentou 80%, de 18,2% para 32,7%. Para crianças de 5 a 9 anos, o aumento foi de 30% (de 25,7% para 33,5%), enquanto nos adultos o aumento foi de 47% (de 44,7% para 66,7%), e nos idosos de 25% (de 38,8% para 48,4%). Notavelmente, as crianças menores de 5 anos mantiveram o índice de sobrepeso estável em 15% (Peixoto; Reis; Silva, 2021).

Conforme relatório do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), no estado de Goiás, em 2024, aproximadamente 10,5% da população adolescente (com idade igual ou maior que 10 anos e menor que 20 anos) está com obesidade e 2,9% dessa população está com obesidade grave (Brasil, 2024).

Diante disto, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) estabeleceu este Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para nortear o manejo clínico da obesidade em adolescentes no contexto do Sistema Único de Saúde em Goiás.

3 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE – CID-

- E660 – Obesidade devida a excesso de calorias;
- E661 – Obesidade induzida por drogas;
- E662 – Obesidade extrema com hipoventilação alveolar;
- E668 – Outra obesidade;
- E669 – Obesidade não especificada.

4 DIAGNÓSTICO

O IMC é uma medida indireta de gordura corporal usada para definir a obesidade. A fórmula para o cálculo do IMC é: peso corporal dividido pela altura ao quadrado — Peso em quilogramas ÷ (altura em metros x altura em metros) = kg/m^2 (KOHUT; ROBBINS; PANGANIBAN, 2019).

A medição padrão-ouro da composição corporal—absorciometria de raios-X de dupla energia (DEXA)—é utilizada para identificar, localizar e quantificar a gordura corporal, mas pode ser cara e difícil de implementar. Na prática clínica, o índice de massa corporal (IMC) é frequentemente utilizado tanto como uma ferramenta de triagem quanto de diagnóstico para detectar o excesso de gordura corporal, pois é fácil de usar e de baixo custo. O IMC é uma medida proxy validada da adiposidade subjacente, que é replicável e pode acompanhar o estado de peso em crianças e adolescentes. No entanto, o IMC tem limitações, incluindo alta especificidade e baixa sensibilidade para detectar o excesso de massa gordurosa. O IMC não mede diretamente a composição corporal e o conteúdo de gordura, podendo subestimar ou superestimar o excesso de massa gordurosa em certos grupos raciais e étnicos. Por fim, crianças e adolescentes com alta massa magra podem apresentar um IMC elevado e, como resultado, serem incorretamente classificados como tendo sobrepeso ou obesidade (Hampl *et al*., 2023).

Conforme recomendações do SISVAN, se adota no SUS o uso do IMC para a idade para diagnóstico individual e coletivo dos transtornos ponderais/ nutricionais em adolescentes com idade igual ou maior que 10 anos e menor que 20 anos. Assim, esse indicador considera a informação da idade do sujeito avaliado e a caracterização da classe ponderal em que o paciente se enquadra é feita com base em tabelas de IMC para cada idade apresentada pelo paciente. O SUS adota a referência proposta pela Organização Mundial da Saúde em 2007: valor de IMC para a idade > percentil 85 e ≤ percentil 97 caracteriza sobrepeso; valor de IMC para a idade > percentil 97 e ≤ percentil 99,9 indica obesidade; valor de IMC para a idade > percentil 99,9 classifica o paciente adolescente como tendo obesidade grave (Brasil, 2011).

A seguir, é exposto um quadro (Brasil, 2011) com os valores de referência para o IMC por idade e sexo para os percentis 97 e 99,9, para fins diagnósticos da obesidade e obesidade grave em adolescentes, respectivamente, no SUS para o contexto específico deste PCDT, conforme recomendações do SISVAN (Brasil, 2011). O quadro cobre a idade de 12 a 19 anos. Para pacientes maiores de 19 anos e menores de 21 anos, pode ser adotada a mesma classificação de IMC para diagnóstico da obesidade em adultos: pessoas com IMC≥ 30 kg/m^2 e <40 apresentam obesidade; pacientes com IMC≥ 40 kg/m^2 têm obesidade grave (Kohut; Robbins; Panganiban, 2019).

Quadro 1 – Valores de referência do IMC por idade e sexo em adolescentes.

	SEXO MASCULINO		**SEXO FEMININO**	
IDADE	**Percentil 97**	**Percentil 99,9**	**Percentil 97**	**Percentil 99,9**
12 anos	23,1	30,8	24,4	32,8
12,5 anos	23,6	31,7	25,0	33,6
13 anos	24,2	32,6	25,6	34,3
13,5 anos	24,8	33,4	26,1	35,0
14 anos	25,3	34,0	26,7	35,5
14,5 anos	25,8	34,5	27,1	36,0
15 anos	26,4	35,0	27,6	36,4
15,5 anos	26,8	35,3	27,9	36,7
16 anos	27,3	35,6	28,2	36,9

16,5 anos	27,7	35,8	28,4	37,0
17 anos	28,0	35,9	28,6	37,1
17,5 anos	28,4	36,1	28,8	37,1
18 anos	28,6	36,1	28,9	37,0
18,5 anos	28,9	36,2	28,9	37,0
19 anos	29,1	36,1	29,0	36,9

Fonte: Brasil (2011).

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para ser elegível ao tratamento medicamentoso da obesidade com semaglutida, o paciente deve preencher todos os critérios a seguir:

- Ser residente e domiciliado no Estado de Goiás;
- Ter idade igual a 12 anos completos e inferior a 21 anos incompletos, ou seja 20 anos e 11 meses e 29 dias, no início do tratamento;
- Ter diagnóstico de obesidade ou obesidade grave, conforme critérios apresentados na seção 4 deste protocolo, com ou sem comorbidades;
- Ter peso mínimo de 60 quilogramas;
- Não apresentar fatores de contraindicação (intolerância conhecida ao medicamento proposto);
- Ser acompanhada(o) por equipe médica e multiprofissional para modificação do estilo de vida (orientação nutricional, de atividade física e de mudanças comportamentais), conforme descrição na seção 7.2.

6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Mesmo atendendo aos critérios de inclusão, deverá será excluído o paciente que:

- Estiver gestante ou lactante.
- Ter sido submetido a cirurgia bariátrica há menos de 18 meses.
- Ter história de pancreatite aguda, pancreatite crônica ou carcinoma medular da tireoide.

7 TRATAMENTO DA OBESIDADE

Em adultos, a intervenção intensiva no estilo de vida e mudanças comportamentais relacionadas à saúde (como aconselhamento nutricional e prática regular de exercícios físicos) são consideradas o tratamento de primeira linha, mas a redução do IMC frequentemente é modesta, com altas taxas de desistência, especialmente entre indivíduos com obesidade mórbida (Assumpção *et al*., 2019; Lim *et al*., 2023). O estudo Look AHEAD (Wadden, 2006), que envolveu um programa intensivo de aconselhamento sobre estilo de vida com duração de quatro anos, revelou que, com dieta e exercícios, os participantes conseguiram uma perda média de 8,6% do peso corporal inicial no primeiro ano e mantiveram, em média, uma perda de 6% após 10 anos de acompanhamento (The Look Ahead Research Group, 2013).

O estudo Look AHEAD também demonstrou que indivíduos adultos que perderam pelo menos 10% do peso corporal no primeiro ano de acompanhamento apresentaram uma redução de 21% no risco de eventos cardiovasculares adversos maiores (MACE), que incluem a primeira ocorrência de infarto agudo do miocárdio (IAM) não fatal, acidente vascular cerebral, angina hospitalizada ou morte por doença cardiovascular (DCV). Além disso, esses indivíduos tiveram um risco 24% menor de eventos cardiovasculares combinados, como infarto, acidente vascular cerebral, morte por DCV, cirurgia de revascularização do miocárdio, endarterectomia carotídea, intervenção coronária percutânea, hospitalização por insuficiência cardíaca congestiva, doença vascular periférica ou morte por qualquer causa. Cada perda adicional de 7% do peso corporal inicial estava associada a reduções de 15% e 18%, respectivamente, nos riscos de MACE e de eventos cardiovasculares combinados (The Look Ahead Study Group; Gregg, 2016). Esses dados de pacientes adultos podem ser extrapolados para adolescentes e, portanto, sugerem que, a meta principal no tratamento da obesidade deve ser perder, no mínimo, 10% do peso corporal inicial para que haja um impacto significativo no risco cardiovascular.

É importante destacar que o tratamento para perda de peso é composto por duas fases: 1) perda de peso; 2) manutenção da perda de peso. Ambas as fases exigem continuidade na intervenção. A primeira fase pode durar de 3 meses a 2 anos, dependendo do objetivo de redução de massa corporal. No entanto, durante a fase de manutenção da perda de peso, o tratamento precisa ser mantido por, pelo menos, mais um ano para evitar o reganho do peso perdido (INESSS Institut National D'excellence en Santé et en Services Sociaux, 2022; Wharton *et al*., 2020; World Health Organization, 2022).

Os componentes essenciais do tratamento abrangente da obesidade em crianças e adolescentes incluem o tratamento da obesidade como uma doença crônica e a avaliação e manejo das comorbidades. Este tratamento é realizado por equipes da Atenção Básica e da Atenção Especializada em colaboração, incluindo médicos especialistas em obesidade pediátrica, outros profissionais de saúde, parceiros comunitários e equipes de cirurgia metabólica e bariátrica (Hampl *et al*., 2023).

Segundo o guia clínico da Academia Americana de Pediatria (Hampl *et al*., 2023), O tratamento abrangente da obesidade em crianças e adolescentes inclui:

- Proporcionar um tratamento intensivo e longitudinal no ambiente de cuidados primários.
- Avaliar e monitorar a criança ou o adolescente quanto a comorbidades médicas e psicológicas relacionadas à obesidade.
- Identificar e abordar os determinantes sociais da saúde.
- Utilizar abordagens clínicas não estigmatizantes que respeitem as qualidades únicas de cada criança e família.
- Usar a entrevista motivacional para abordar nutrição, atividade física e mudanças no comportamento de saúde, com metas baseadas em evidências para redução de peso e promoção da saúde.
- Estabelecer metas de tratamento colaborativas, não se limitando à estabilização ou redução do IMC, incluindo objetivos que reflitam a melhoria ou resolução das comorbidades, qualidade de vida, autoestima e outros objetivos relacionados ao cuidado holístico.
- Integrar componentes e estratégias de manejo do peso nas disciplinas apropriadas, o que pode incluir tratamento intensivo de comportamentos de saúde e estilo de vida, com uso de farmacoterapia e cirurgia metabólica e bariátrica, quando indicado.
- Personalizar o tratamento para as necessidades contínuas e mutáveis da criança ou adolescente, considerando o contexto familiar e comunitário.

O tratamento intensivo de comportamento de saúde e estilo de vida educa e apoia as famílias em mudanças na nutrição e na atividade física que melhoram o estado de peso, as comorbidades e promovem a saúde a longo prazo. Esse tratamento é mais eficaz quando realizado de forma presencial, envolve toda a família e oferece pelo menos 26 horas de aulas sobre nutrição, atividade física e mudanças comportamentais ao longo de 3 a 12 meses. O tratamento intensivo de comportamento de saúde e estilo de vida é fundamental para o Tratamento Abrangente da Obesidade e deve continuar de forma longitudinal. Ele deve ser fornecido em conjunto com farmacoterapia e cirurgia metabólica e bariátrica, quando esses tratamentos forem indicados. O tratamento intensivo de comportamento de saúde e estilo de vida pode estar disponível na forma de um programa estruturado e pode ser oferecido em serviços especializados em saúde pediátrica, centros médicos ou sistemas de saúde, ou em parceria com organizações comunitárias (Hampl *et al*., 2023).

Portanto, o tratamento da obesidade está fundamentado nas intervenções para modificação do estilo de vida e incluem: orientação dietoterápica, prática intensiva de atividade física e mudanças comportamentais. A abordagem por equipe multiprofissional e interdisciplinar tem um papel importante na condução do indivíduo com obesidade, melhora os resultados para a perda de peso e manutenção do peso perdido e resulta em ganhos para a sociedade e o sistema de saúde (Hampl *et al*., 2023; Kang *et al*., 2024; Weffort, 2019).

A equipe mínima deverá ser composta por médico, nutricionista, farmacêutico, psicólogo e profissional de educação física. A equipe deverá focar na avaliação do comportamento alimentar, a presença de rede de apoio social e familiar do paciente, a percepção do paciente com obesidade em relação às mudanças comportamentais visando o emagrecimento, as expectativas desses resultados, a presença de distúrbios alimentares, distúrbios do sono, estresse e depressão, além do estilo de vida do paciente. O farmacêutico deverá atuar na educação do paciente quanto à conservação, manipulação e aplicação da medicação (Hampl *et al*., 2023; Kang *et al*., 2024; Weffort, 2019).

A proposta de tratamento dietético deve envolver um aumento no gasto energético e promover um balanço energético negativo, sem restrições rígidas que interfiram na aplicação por tempo ilimitado. O incentivo ao exercício físico, respeitando-se as individualidades, tem o objetivo de diminuir a inatividade física. A recomendação é de pelo menos 150 minutos de atividade física intensa por semana durante a fase de perda ponderal e 300 minutos de atividade física moderada ou intensa

por semana durante a fase de manutenção do peso. Com essas medidas da terapia padrão são alcançados resultados mais modestos de perda de peso e com chance maior de recidiva quando adotados exclusivamente. Entretanto, a terapia padrão associada a farmacoterapia potencialmente promove maior perda de peso (Lean *et al*., 2018; Patel, 2015; Pi-Sunyer *et al*., 2015; Tsai; Wadden, 2006; Wadden *et al*., 2013).

No Brasil, em 2026, os medicamentos autorizados pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para o tratamento da obesidade em adolescentes são a liraglutida e a semaglutida (ANVISA, 2024; Novo Nordisk, 2022). Neste protocolo clínico está disponível apenas a semaglutida.

O ensaio clínico randomizado (ECR) de fase 3 intitulado “STEP TEENS” (Weghuber *et al*., 2022) estudou os efeitos da semaglutida associada à terapia padrão comparada ao placebo associado à terapia padrão em período de tratamento de 68 semanas, sendo 16 semanas de fase de escalonamento de dose e 52 semanas (um ano) de tratamento com a dose plena de semaglutida. No estudo STEP TEENS (Weghuber *et al*., 2022), o grupo tratado com semaglutida alcançou redução média de 5,8 kg/m^2 no IMC médio, além de redução percentual média de 14,7% do peso corporal inicial. Cerca de 62% do grupo tratado com semaglutida alcançou pelo menos 10% de redução do peso corporal, 53% do grupo obteve 15% ou mais de redução do peso corporal e 37% do grupo teve perda de 20% ou mais do peso corporal. O tratamento com semaglutida foi considerado seguro, apesar de provocar transtornos gastrointestinais (náusea, vômitos e diarreia) frequentemente como eventos adversos, que geralmente eram leves ou modrados e de curta duração (2 a 3 dias). Ainda, semaglutida apresentava um risco similar ao placebo para causar eventos adversos graves (semaglutida com risco de 9,4 eventos por 100 pessoas-ano, placebo com risco de 7,7 eventos por 100 pessoas-ano) (Weghuber *et al*., 2022).

7.1 Tratamento medicamentoso da obesidade em adolescentes

Neste PCDT o tratamento medicamentoso está aprovado para adolescentes (idade de 12 a 21 anos incompletos) com obesidade e obesidade grave, sendo indicada a semaglutida para adolescentes com obesidade ou obesidade grave, com ou sem comorbidades.

O tratamento medicamentoso deve perdurar por dois anos, sendo que o primeiro ano é considerado fase de perda de peso e o segundo ano é fase de manutenção (Montesi *et al*., 2016). O tratamento medicamentoso por mais de dois anos não é recomendado, por vários motivos:

- Projeções dos resultados do ensaio clínico (Weghuber *et al*., 2022) sugerem que o paciente retorna para o peso inicial antes do tratamento em um período de 10 anos de tratamento.
- O ensaio clínico (Weghuber *et al*., 2022) acompanhou os pacientes em período pouco maior que um ano, havendo grande incerteza sobrea eficácia de longo prazo.
- Um tratamento de obesidade é considerado de sucesso se a perda de peso alcançada for de 10% ou mais do peso corporal e mantida por um ano. Ou seja, a fase manutenção da perda de peso no tratamento deve ser de um ano, pelo menos. Assim, vários guias de prática clínica (American Diabetes Association, 2022; NICE, 2020; United States Department of Veterans Affairs, 2020) recomendam que o tratamento medicamentoso tenha duração de dois a três anos, no máximo, principalmente devido ao risco de efeitos adversos, incerteza sobre a eficácia de longo prazo e baixa razão de custo-efetividade dos tratamentos medicamentosos.

Semaglutida é medicamento seguro do ponto de vista psiquiátrico e cardiovascular, pois não apresenta interações com medicações de uso central, anti-hipertensivos ou outros medicamentos. Além disso, é uma droga antiobesidade eficaz disponível no Brasil e opção terapêutica segura para adolescentes. A terapia medicamentosa antiobesidade pode conferir entre 5% e 15% da perda total de peso após cirurgia bariátrica sem intervenção cirúrgica adicional (Faludi *et al*., 2017; Kelly *et al*., 2020; Weghuber *et al*., 2022).

O tratamento com semaglutida deve ter doses escalonadas. Cada dose é aplicada com uma semana de intervalo e a cada 4 aplicações a dose deve ser aumentada até atingir a dose plena (dose de manutenção). Assim o tratamento é iniciado com uma dose semanal de 0,25 mg, durante quatro semanas, depois com doses semanais de 0,5 mg, 1 mg e 1,7 mg, em cada período de quatro semanas, e a dose plena é de 2,4 mg, a ser estabelecida após 20 semanas de tratamento.

As formas de apresentação da semaglutida são:

- Semaglutida 0,25 mg – sistema de aplicação preenchido com 1,5 mL de solução injetável contendo 1 mg de semaglutida, o sistema libera 4 doses de 0,25 mg cada, suficientes para quatro semanas de tratamento (cada dose é semanal) – para dose de escalonamento;
- Semaglutida 0,5 mg – sistema de aplicação preenchido com 1,5 mL de solução injetável contendo 2 mg de semaglutida, o sistema libera 4 doses de 0,5 mg cada, suficientes para quatro semanas de

tratamento (cada dose é semanal) – para dose de escalonamento;

- Semaglutida 1 mg – sistema de aplicação preenchido com 3 mL de solução injetável contendo 4 mg de semaglutida, o sistema libera 4 doses de 1 mg cada, suficientes para quatro semanas de tratamento (cada dose é semanal) – para dose de escalonamento;
- Semaglutida 1,7 mg – sistema de aplicação preenchido com 3 mL de solução injetável contendo 6,8 mg de semaglutida, o sistema libera 4 doses de 1,7 mg cada, suficientes para quatro semanas de tratamento (cada dose é semanal) – para dose de escalonamento;
- Semaglutida 2,4 mg – sistema de aplicação preenchido com 3 mL de solução injetável contendo 9,6 mg de semaglutida, o sistema libera 4 doses de 2,4 mg cada, suficientes para quatro semanas de tratamento (cada dose é semanal).

7.2 Dispensação do medicamento, monitorização e fluxo

7.2.1 Consulta Farmacêutica, monitoramento e critérios de permanência no protocolo

Ao longo de todo o tratamento medicamentoso, obrigatoriamente, os pacientes deverão realizar consultas farmacêuticas mensais no ato da dispensação do medicamento, que serão realizadas no Centro Estadual de Medicação de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC JB) e nas Policlínicas estaduais. O CEMAC Pirineus atualmente não realiza esse tipo de atendimento e os pacientes são transferidos e acompanhados pelo CEMAC JB em Goiânia.

A consulta farmacêutica tem como objetivo o monitoramento e acompanhamento do paciente durante o processo de redução de peso, contemplando:

- Orientação detalhada sobre titulação e escalonamento da dose;
- Orientação quanto à técnica correta de aplicação do medicamento;
- Avaliação da adesão terapêutica;
- Mensuração do peso corporal e da circunferência abdominal;
- Registro sistemático dos dados clínicos para acompanhamento evolutivo.

O monitoramento será realizado mensalmente, com registro da evolução ponderal e da redução da circunferência abdominal.

Ainda, os pacientes em tratamento medicamentoso da obesidade deverão ser acompanhados por médico com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) em Endocrinologia, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, garantindo avaliação clínica especializada, definição terapêutica adequada e monitoramento contínuo do tratamento.

Os pacientes também deverão ser acompanhados por equipe multiprofissional ao longo de todo o tratamento, composta preferencialmente por nutricionista, psicólogo, profissional de educação física e farmacêutico, com vistas à abordagem integral da obesidade, incluindo intervenções nutricionais, comportamentais e de promoção da atividade física, favorecendo melhores desfechos clínicos e sustentação dos resultados terapêuticos. No mínimo, o paciente deve estar em acompanhamento com nutricionista e psicólogo.

Assim, em algumas consultas farmacêuticas para dispensação do medicamento, conforme descrito na seção 7.3.5, poderão ser exigidos relatórios do médico endocrinologista, do nutricionista e do psicólogo, para fins de comprovação do acompanhamento multiprofissional. O acompanhamento com esses profissionais poderá ser realizado no SUS ou no Sistema de Saúde Suplementar (privado).

7.2.2 Critérios de avaliação da resposta terapêutica

Na décima consulta farmacêutica (correspondente a 9 meses de uso do medicamento), será realizada avaliação do percentual de peso perdido. Caso o paciente não tenha atingido redução mínima de 5% do peso inicial (considerando o peso aferido na 1ª consulta farmacêutica), o tratamento será interrompido.

Nova avaliação será realizada na décima sétima consulta farmacêutica, correspondente a 16 meses de uso do medicamento, ocasião em que o paciente deverá apresentar redução mínima de 10% do peso inicial (peso da 1ª consulta farmacêutica) para manutenção e finalização do tratamento. Caso não atinja esse percentual, o tratamento será interrompido.

O tempo máximo de tratamento será de 24 meses. Após esse período, o paciente será automaticamente desligado do protocolo, com interrupção definitiva do fornecimento do medicamento.

7.2.3 Regras de reinclusão no protocolo

O paciente que tiver sido incluído no protocolo, independentemente de finalização regular ou interrupção por qualquer motivo, ficará impossibilitado de solicitar nova inclusão no Protocolo de Obesidade pelo período mínimo de 3 (três) anos.

Nos casos de desabastecimento do medicamento por parte da administração do CEMAC, o protocolo será reiniciado quando do reestabelecimento do estoque, e o período total de tratamento passará a ser contado novamente, por até 24 meses a partir da retomada do fornecimento.

7.3.4 Critérios de desligamento automático

Será desligado do protocolo o paciente que:

- Permanecer 1 (um) mês sem realizar a retirada do medicamento, comprometendo a continuidade do tratamento;
- Não cumprir adequadamente o escalonamento da dose conforme orientação farmacêutica;
- Não atingir os critérios mínimos de resposta terapêutica nos marcos temporais estabelecidos (5% de perda ponderal aos 9 meses de uso do medicamento; 10% de perda ponderal aos 16 meses de uso do medicamento);
- Não apresentar os relatórios multiprofissionais obrigatórios nos prazos definidos.

7.3.5 Documentação obrigatória para manutenção do tratamento

A cada trimestre, o paciente deverá apresentar, no ato da dispensação do medicamento no CEMAC:

- Relatório de acompanhamento com nutricionista (validade máxima de 30 dias) (apresentação OBRIGATÓRIA deste relatório);
- Relatório de acompanhamento com psicólogo (validade máxima de 30 dias) (apresentação OBRIGATÓRIA deste relatório);
- Relatório de acompanhamento com profissional de educação física (validade máxima de 30 dias) (apresentação OPCIONAL deste relatório).

Esses relatórios deverão ser apresentados na consulta farmacêutica mensal e deverão ser anexados no prontuário do paciente no CEMAC.

A cada semestre, deverá apresentar:

- Relatório atualizado de acompanhamento com médico com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) em Endocrinologia(validade máxima de 30 dias);
- Laudos de exames clínicos solicitados pelo médico assistente conforme se segue:
  - Beta-HCG sérico para mulheres em idade fértil (validade máxima de 30 dias).
  - Bilirrubinas (direta e indireta) (validade máxima de 90 dias).
  - Fosfatase Alcalina (validade máxima de 90 dias).
  - TFG (Taxa de Filtração Glomerular – Creatinina Sérica e/ou Cistatina C) (balidade máxima de 90 dias).
  - Dosagem de Aspartato Aminotransferase (AST) ou Glutâmico Oxaloacética (TGO) (validade máxima de 90 dias);
  - Dosagem de Alanina Aminotransferase (ALT) ou Glutâmico Pirúvica (TGP) (validade máxima de 90 dias).

Um termo de compromisso para monitorização (ver anexo I) deve ser assinado pelo paciente ou responsável legal e deve ser apresentado somente no solicitação inicial do medicamento (Abertura de processo) não sendo necessário reenvio a cada renovação.

A solicitação de renovação deverá ser realizada no site do portal expresso a cada semestre para manutenção do fornecimento do medicamento conforme este protocolo.

8 TEMPO DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Tratamento medicamentoso deve ser de 24 meses, no máximo, sendo 12-16 meses na

fase de perda de peso e mais 8-12 meses na fase de manutenção da perda de peso. O tratamento não medicamentoso, de modificação do estilo de vida, pode ser continuado por tempo indeterminado.

9 CRITÉRIOS DE CONTINUIDADE E INTERRUPÇÃO

Após iniciar a terapia medicamentosa, para continuar o tratamento farmacológico, o paciente deve cumprir os seguintes critérios:

- Após nove meses de tratamento, o paciente com obesidade deve atingir redução de 5% do peso corporal, pelo menos.
- Após dezesseis meses de tratamento, o paciente com obesidade deve apresentar perda maior ou igual a 10% do peso corporal inicial.

NOTA: caso o paciente com obesidade não alcance essas metas terapêuticas o tratamento farmacológico deve ser descontinuado e outras terapias devem ser instituídas, especialmente uma abordagem mais intensiva de modificação do estilo de vida.

Após iniciar a terapia medicamentosa, se o paciente cumprir algum dos seguintes critérios, o tratamento deve ser interrompido:

- Sofrer eventos adversos graves relacionados ao uso do medicamento (hospitalização, incapacitação motora ou mental, doenças graves).
- Apresentar eventos adversos (efeitos colaterais) leves ou moderados que não respondem a ajustes de dose ou medicamentos coadjuvantes.
- Sofrer efeitos de intolerância ao fármaco.
- Se enquadrar em critérios de exclusão (tornar-se gestante ou lactante, sofrer cirurgia bariátrica, pancreatite aguda, pancreatite crônica ou carcinoma medular da tireoide).

Os pacientes desligados por não atendimento aos critérios de continuidade (não atingir as metas terapêuticas) somente poderão solicitar nova inclusão no Protocolo de Obesidade após o prazo mínimo de 3 (três) anos, contados da data formal do desligamento. A regra de carência para reinclusão aplica-se tanto aos pacientes vinculados ao PCDT anterior quanto ao presente PCDT.

NOTA: considere discutir com o paciente sobre tratamento cirúrgico da obesidade e outras opções específicas de tratamento.

10 TRANSIÇÃO DO PCDT ANTERIOR PARA O ATUAL

Após a instituição do presente PCDT, os pacientes adolescentes que já se encontravam em tratamento com liraglutida disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde no Estado de Goiás, conforme os critérios clínicos estabelecidos no PCDT anterior, ora descontinuado, poderão manter o uso da liraglutida até a conclusão do período terapêutico máximo de 2 (dois) anos, a critério do médico assistente e mediante avaliação clínica individualizada.

Alternativamente, o médico assistente poderá optar pela transição para o tratamento medicamentoso com semaglutida, conforme os critérios definidos neste PCDT, iniciando-se novo curso terapêutico com duração prevista de até 24 (vinte e quatro) meses, observadas as indicações clínicas, segurança e resposta terapêutica do paciente.

A migração de liraglutida para semaglutida poderá ocorrer a critério médico, hipótese em que a contagem do prazo máximo de fornecimento será reiniciada. Assim, independentemente do tempo prévio de utilização da liraglutida, o paciente passará a ter direito ao fornecimento da semaglutida pelo período integral de até 24 (vinte e quatro) meses, nos termos estabelecidos neste Protocolo.

Os pacientes que tenham sido desligados do protocolo anterior por não atendimento aos critérios de continuidade ou por não atingimento das metas terapêuticas somente poderão solicitar nova inclusão no protocolo vigente após o decurso mínimo de 6 (seis) meses contados da data formal do desligamento.

11 REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes – 2022. **Diabetes Care**, v. 45, Supplement 1, p. S113–24, 2022. Available from: https://doi.org/10.2337/dc22-S008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016**. 4.ed. São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica/ ABESO, 2016. Disponível em: https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf.

ASSUMPÇÃO, R. P. et al. Cost-Utility of Gastric Bypass Surgery Compared to Clinical Treatment for Severely Obese With and Without Diabetes in the Perspective of the Brazilian Public Health System. **Obesity Surgery**, v. 29, n. 10, p. 3202–3211, 1 out. 2019. Available in: https://doi.org/10.1007/s11695-019-03957-7.

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consultas Medicamentos: semaglutida [Internet]. Brasília: ANVISA; 2024 [cited 2024 Nov 13]. p. 1. Available from: https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/q/?substancia=26316.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**: relatórios de acesso público – estado nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index.

CERCATO, C.; FONSECA, F. A. Cardiovascular Risk and Obesity. **Diabetology & metabolic syndrome**, London, v. 11, p. 74, 2019. Available in: https://doi.org/10.1186/s13098-019-0468-0.

DAMBHA-MILLER, H.; DAY, A. J.; STRELITZ, J.; IRVING, G.; GRIFFIN, S. J. Behaviour change, weight loss and remission of type 2 diabetes: a community-based prospective cohort study. **Diabetic medicine**, Oxford, v. 37, n. 4, p. 681-688, abr. 2020. Available in: https://doi.org/10.1111/dme.14122.

DAVIES, M. J. *et al*. Efficacy of liraglutide for weight loss among patients with type 2 diabetes: The SCALE Diabetes Randomized Clinical Trial. **JAMA**, Chicago, v. 314, n. 7, p. 687-699, 2015. Available in: https://doi.org/10.1001/jama.2015.9676.

DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; ANJOS, L. A.; BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, p. e00006016, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00006016.

FALUDI, A. A. *et al*. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, São Paulo, v. 109, n. 2, supl. 1, p. 1-76, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.5935/abc.20170121.

FREEDMAN, D. S.; MEI, Z.; SRINIVASAN, S. R.; BERENSON, G. S.; DIETZ, W. H. Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: The Bogalusa Heart Study. **The Journal of pediatrics**, St. Louis, v. 150, n. 1, p. 12- 17.e2, jan. 2007. Available in: https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2006.08.042.

GARVEY, W. T. *et al*. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines for medical care of patients with obesity. **Endocrine practice**, Jacksonville, v. 22, supl. 3, p. 1-203, 2016. Available in: https://doi.org/10.4158/ep161365.gl.

HAMPL, S. E. *et al*. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. **Pediatrics**, Springfield, v. 151, n. 2, p. e2022060640, 2023. Available in: https://doi.org/10.1542/peds.2022-060640.

INESSS INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. **La pharmacothérapie dans le traitement de l'obésité**. Available in: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/INESSS_Pharmaco_Obesite_EC.pdf.

JAMES, W. P. T. *et al*. Effect of sibutramine on cardiovascular outcomes in overweight and obese subjects. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 363, n. 10, p. 905-917, 2010. Available in: https://doi.org/10.1056/nejmoa1003114.

JAMES, W.P. *et al*. Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial. STORM Study Group. Sibutramine Trial of Obesity Reduction and Maintenance. **Lancet**, London, v. 356, n. 9248, p.2119-2125, 2000. Available in: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)03491-7.

KANG, E. et al. Obesity in Children and Adolescents: 2022 Update of Clinical Practice Guidelines for Obesity by the Korean Society for the Study of Obesity. **Journal of Obesity & Metabolic Syndrome**, Seoul, v. 33, p. 11-19, 2024. Available in: https://doi.org/10.7570/jomes23060.

KOHUT, T.; ROBBINS, J.; PANGANIBAN, J. Update on childhood/adolescent obesity and its sequela. **Current opinion in pediatrics**, Philadelphia, v. 31, n. 5, p. 645-653, 2019. Available in: https://doi.org/10.1097/mop.0000000000000786.

LEAN, M. E. *et al*. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. **Lancet**, London, v. 391, n. 10120, p. 541-551, 2018. Available in: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)33102-1.

LIM, F. et al. Cost-Effectiveness of Pharmacotherapy for the Treatment of Obesity in Adolescents.**JAMA Network Open**, v. 6, n. 8, p. e2329178–e2329178, 1 ago. 2023. Available in: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2808942.

MANN, T.; TOMIYAMA, A. J.; WESTLING, E.; LEW, A. M.; SAMUELS, B.; CHATMAN, J. Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. **The American psychologist**, Washington, v. 62, n. 3, p.:220–33, 2007. Available in: https://doi.org/10.1037/0003-066x.62.3.220.

NICE - NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL HEALTH AND CARE EXCELLENCE.**Liraglutide for managing overweight and obesity**. London: NICE, 2020. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ta664.

NISHTAR, S; GLUCKMAN, P.; ARMSTRONG, T. Ending Childhood Obesity: a time for action.**Lancet**, London, v. 387, n. 10021, p. 825-827, fev. 2016. Available in: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00140-9.

NOVO NORDISK. **Saxenda ® liraglutida**: Bula Profissional de Saúde. São Paulo: Novo Nordisk, 2022. p. 1–39. Disponível em: https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=117660032.

PATEL D. Pharmacotherapy for the management of obesity. **Metabolism**, Philadelphia, v. 64, n. 11, p. 1376-1385, nov 2015. Available in: https://doi.org/10.1016/j.metabol.2015.08.001.

PEIXOTO, M. R. G.; REIS, R. S.; SILVA, L. L. S. (org.).**Atlas da obesidade no estado de Goiás**. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2021. Livro Eletrônico. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/243/o/Atlas_Obesidade_Goi%C3%A1s_2010_2020_compressed.pdf.

PI-SUNYER, X. *et al*. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management.**New England Journal of Medicine**, Boston, v. 373, n. 1, p. 11-22, 2015. Available in: https://doi.org/10.1056/nejmoa1411892.

STANFORD, F. C. Controversial Issues: A Practical Guide to the Use of Weight Loss Medications after Bariatric Surgery for Weight Regain or Inadequate Weight Loss. **Surgery for obesity and related diseases**, New York, v. 15, n. 1, p. 128-132, jan. 2019. Available in: https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.10.020.

THE LOOK AHEAD RESEARCH GROUP. Cardiovascular Effects of Intensive Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes. **The New England journal of medicine**, v. 369, n. 2, p. 145–154, 7 jul. 2013. Available in: https://doi.org/10.1056%2FNEJMoa1212914.

THE LOOK AHEAD STUDY GROUP; GREGG, Edward W. Association of the Magnitude of Weight Loss and Physical Fitness Change on Long-term CVD outcomes: The Look AHEAD Study. **The lancet. Diabetes & endocrinology**, v. 4, n. 11, p. 913, 1 nov. 2016. Available in:https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30162-0.

TSAI, A. G.; WADDEN, T. A. The Evolution of very-low-calorie diets: an update and meta-analysis.**Obesity (Silver Spring, MD.)**, Silver Spring, v. 14, n. 8, p. 1283-1293, 2006. Available in: https://doi.org/10.1038/oby.2006.146.

UNITED STATES DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS. **VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Adult Overweight and Obesity**. Washington DC: U.S. Department of Veterans Affairs, 2020. Available from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/obesity/VADoDObesityCPGFinal5087242020.pdf.

UPADHYAY, J.; FARR, O.; PERAKAKIS, N.; GHALY, W.; MANTZOROS, C. Obesity as a disease. **The Medical clinics of North America**, Philadelphia, v. 102, n. 1, p. 13-33, 2018. Available in: https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.08.004.

WADDEN, T. A. *et al*. Four-year weight losses in the look AHEAD Study: factors associated with long-term success. **Obesity (Silver Spring, MD.)**, Silver Spring, v. 19, n. 10, p. 1987-1998, 2011. Available in: https://doi.org/10.1038/oby.2011.230.

WADDEN, T. A. *et al*. Weight maintenance and additional weight loss with liraglutide after low-calorie-diet-induced weight loss: The SCALE Maintenance Randomized Study. **International journal of obesity**, London, v. 37, n. 11, p. 1443-1451, 2013. Available in: https://doi.org/10.1038/ijo.2013.120.

WADDEN, T. A. The Look AHEAD Study: A Description of the Lifestyle Intervention and the Evidence Supporting It. **Obesity (Silver Spring, Md.)**, v. 14, n. 5, p. 737, maio 2006. Available in: https://doi.org/10.1038%2Foby.2006.84.

WEFFORT, V. R. S. (org.). **Obesidade na infância e adolescência**: Manual de Orientação. 3. Ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manual_de_Obesidade_-_3a_Ed_web_compressed.pdf.

WEGHUBER, D. et al. Once-Weekly Semaglutide in Adolescents with Obesity. **The New England journal of medicine**, Boston, v. 387, n. 24, p. 2245-2257, 2022. Available in: https://doi.org/10.1056/nejmoa2208601.

WHARTON, Sean et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. **Canadian Medical Association Journal**, v. 192, n. 31, p. E875–E891, ago. 2020. Available in: https://www.cmaj.ca/content/192/31/e875.

WHITLOCK, G. *et al*. Body-Mass Index and Cause-Specific Mortality in 900 000 Adults: Collaborative Analyses of 57 Prospective Studies. **Lancet**, London, v. 373, n. 9669, p. 1083-1096, mar. 2009. Available in: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60318-4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **European Regional Obesity Report 2022**. Available in: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738.

****

ANEXO I

1ª Via Farmácia / 2ª Via do Paciente (Imprimir em duas vias)

TERMO DE COMPROMISSO PARA MONITORIZAÇÃO

Eu, _____ (nome do(a) paciente ou responsável legal), declaro ter sido informado(a) claramente sobre:

a) o período e os exames que constituem a monitorização estabelecida para o tratamento da OBESIDADE e que devo trazer os seguintes exames e/ou relatórios, sendo:

- TRIMESTRALMENTE:

- Relatório de acompanhamento com Psicólogo(a) atualizado (validade de 30 dias);
- Relatório de acompanhamento com Nutricionista atualizado (validade de 30 dias);

- SEMESTRALMENTE:

- Relatório de acompanhamento com Médico Endocrinologista atualizado (validade de 30 dias);
- Laudo do exame de Beta-HCG sérico para mulheres em idade fértil (Validade máxima de 30 dias)
- Laudo do exame de Bilirrubinas (direta e indireta) – (Validade máxima de 90 dias).
- Laudo do exame de Fosfatase Alcalina - (Validade máxima de 90 dias).
- Laudo do exame da TFG (Taxa de Filtração Glomerular – Creatinina Sérica e/ou Cistatina C) (Validade máxima de 90 dias);
- Laudo do exame de Dosagem de Aspartato Aminotransferase – AST – ou Glutâmico Oxaloacética –

TGO – (Validade máxima de 90 dias);

- Laudo do exame de Dosagem de Alanina Aminotransferase – ALT – ou Glutâmico Pirúvica – TGP – (Validade máxima de 90 dias).

b) que em todas as dispensações (entrega) do medicamento o paciente deverá estar presente para a avaliação do Farmacêutico(a) da Unidade.

c) Após iniciar a terapia medicamentosa, se o paciente cumprir algum dos seguintes critérios, o tratamento deve ser interrompido:

- Sofrer eventos adversos graves relacionados ao uso do medicamento (hospitalização, incapacitação motora ou mental, doenças graves).
- Apresentar eventos adversos (efeitos colaterais) leves ou moderados que não respondem a ajustes de dose ou medicamentos coadjuvantes.
- Sofrer efeitos de intolerância ao fármaco.
- Se enquadrar em critérios de exclusão (tornar-se gestante ou lactante, sofrer cirurgia bariátrica, pancreatite aguda, pancreatite crônica ou carcinoma medular da tireoide).
- Não perder 5% de peso após nove meses de tratamento em plena dose do medicamento.
- Não perder 10% de peso após dezesseis meses de tratamento em plena dose do medicamento.

d) Os pacientes desligados, cujo tratamento foi suspenso, somente poderão solicitar nova inclusão no Protocolo de Obesidade após o prazo mínimo de 3 (três) anos, contados da data formal do desligamento. A regra de carência para reinclusão aplica-se tanto aos pacientes vinculados ao PCDT anterior quanto ao presente PCDT.

Nome do responsável legal: _____

Documento de identificação do responsável legal: _____
Data:_____/_____/_____

_____
Assinatura do paciente ou do responsável legal

Atenção: O recebimento do medicamento deverá seguir as orientações internas da Unidade e previamente divulgadas durante a abertura do processo.

****

Este documento foi assinado por Dr. Aurélio de Melo Barbosa, pesquisador e coordenador do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde da Escola de Saúde de Goiás, que revisou e modificou a proposta original do documento, com alterações solicitadas e aprovadas pelo plenário da Comissão Estadual de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CEITS), incluindo atualização científica e bibliográfica do texto.

Este documento também foi assinado por Dra. Fernanda Pimenta Simon Ferreira, presidente da Comissão Estadual de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CEITS) de Goiás.

Documento assinado eletronicamente por **AURELIO DE MELO BARBOSA**, **Coordenador**, em 10/03/2026, às 10:21, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA PIMENTA SIMON FERREIRA**, **Gerente**, em 10/03/2026, às 15:28, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **86935267** e o código CRC **E39BE227**.



