Estudo

Análise de impacto da comparticipação de medicamentos para a obesidade

Dezembro 2025

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

Infarmed
Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

Índice

1. Enquadramento 2

2. Abordagem farmacológica no tratamento da obesidade 3

2.1 Contexto Nacional 3

2.1.1 Abordagem Terapêutica no contexto do Percurso de Cuidados Integrados da Pessoa com Obesidade 6

2.1.2 Comparticipação de medicamentos no contexto nacional 9

2.2. Contexto Internacional 9

2.2.1. Países que financiam medicamentos para o tratamento da obesidade 11

3. Regime de comparticipação 18

3.1 Impacto financeiro da comparticipação dos medicamentos 19

3.1.1. Metodologia 19

3.1.2. Impacto 22

4. Observações Finais 24

5. Referências Bibliográficas 25

Anexos 28

1. Enquadramento

O Despacho nº 13066/2025, de 6 de novembro[1] cria o Programa Nacional de Prevenção e Gestão de Obesidade e determina a implementação do Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com Obesidade (PCIPO)[2] no Serviço Nacional de Saúde (SNS), o qual se insere no «Roteiro de Ação para Acelerar a Prevenção e Controlo da Obesidade em Portugal», desenvolvido pela Direção-Geral da Saúde (DGS), e está alinhado com o plano da Organização Mundial da Saúde (*WHO Acceleration Plan to STOP Obesity*)[3,4].

No âmbito deste despacho é definido que a terapêutica farmacológica, quando indicada no âmbito do tratamento não cirúrgico da obesidade, deve cumprir os critérios de elegibilidade e prescrição definidos no Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com Obesidade no SNS, sendo que a comparticipação de medicamentos com autorização de introdução no mercado (AIM) para o tratamento da obesidade, aprovados pelo INFARMED, I.P., será definida através de um regime excecional de comparticipação, a prever em portaria a aprovar pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

Neste despacho é determinado que o INFARMED, I.P., deve, no prazo de 30 dias após a sua publicação, desenvolver e apresentar um estudo técnico que avalie a comparticipação dos medicamentos para o tratamento da obesidade, de modo a fundamentar a decisão sobre o regime excecional de comparticipação a definir.

Face ao exposto, este estudo pretende dar cumprimento ao referido no despacho e avaliar o impacto da comparticipação de medicamentos indicados no tratamento da obesidade, com AIM em Portugal. Para o efeito será apresentado o contexto nacional, incluindo os fármacos disponíveis, o mapeamento do financiamento de medicamentos para a obesidade no contexto internacional, e o impacto para o SNS de potenciais cenários de comparticipação.

2. Abordagem farmacológica no tratamento da obesidade

2.1 Contexto Nacional

Atualmente, os seguintes medicamentos têm AIM para o tratamento da obesidade e encontram-se comercializados em Portugal:

- Wegovy® (semaglutido)
- Saxenda® (liraglutido)
- Mounjaro® (tirzepatida)
- Mysimba® (bupropiom + naltrexona)
- Orlistato (diferentes marcas comercializadas desta DCI)

As indicações aprovadas em sede de AIM (Tabela 1) para estes medicamentos são sobreponíveis, indicados em complemento a uma dieta reduzida em calorias e aumento da atividade física em doentes adultos com um índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 Kg/m² ou entre 27 Kg/m² e 30 Kg/m^2 se na presença de, pelo menos, uma comorbilidade relacionada com o peso, embora nem todos tenham indicação no tratamento da obesidade em adolescentes. Dos medicamentos com AIM para a obesidade apenas o Saxenda® e o Wegovy® têm indicação para adolescentes a partir dos 12 anos.

De referir ainda que estes medicamentos apresentam critérios de monitorização de eficácia do tratamento, definidos no Resumo das Características do Medicamento (RCM), pelo que, caso os mesmos não sejam atingidos, o tratamento deverá ser descontinuado (Tabela 1)[5-9].

Adicionalmente aos medicamentos elencados, o medicamento Imcivree® (setmelanotida) encontra-se aprovado para o tratamento de obesidade de causa genética em adultos e crianças a partir dos 2 anos, tratando-se de um medicamento órfão, de uso exclusivo hospitalar, não comercializado atualmente em Portugal[10]. Deste modo, por se enquadrar numa indicação específica de obesidade com etiologia genética não será enquadrado nesta análise.

Tabela 1: indicações aprovadas dos medicamentos para a obesidade.

Medicamento	Indicação aprovada (AIM)
Saxenda	Adultos Indicado como complemento de uma dieta reduzida em calorias e de um aumento da atividade física para o controlo do peso em doentes adultos com um índice de massa corporal (IMC) inicial de • ≥ 30 kg/m² (obesidade), ou • ≥ 27 kg/m² a < 30 kg/m² (com excesso de peso) na presença de, pelo menos, uma comorbilidade relacionada com o peso, como disglicemia (pré-diabetes ou diabetes mellitus tipo 2), hipertensão, dislipidemia ou apneia obstrutiva do sono. O tratamento com Saxenda deve ser interrompido após 12 semanas com uma dose de 3,0 mg/dia, caso os doentes não tenham perdido, pelo menos, 5% do seu peso corporal inicial. Adolescentes (≥ 12 anos) Pode ser utilizado como complemento de uma alimentação saudável e de um aumento da atividade física para o controlo do peso em doentes adolescentes com 12 anos de idade ou mais, com: • obesidade (IMC correspondente a ≥ 30 kg/m² para os adultos, de acordo com os valores de referência internacionais)* e • peso corporal acima dos 60 kg. O tratamento com Saxenda deve ser descontinuado e reavaliado, caso os doentes não tenham perdido, pelo menos, 4% do seu IMC ou z-score do IMC após 12 semanas com a dose de 3,0 mg/dia ou a dose máxima tolerada.
Wegovy	<u>Adultos</u> Indicado como complemento de uma dieta reduzida em calorias e de um aumento da atividade física para o controlo do peso, incluindo perda de peso e manutenção de peso, em adultos com um Índice de Massa Corporal (IMC) inicial de: • ≥ 30 kg/m2 (obesidade), ou • ≥ 27 kg/m2 a < 30 kg/m2 (com excesso de peso) na presença de, pelo menos, uma comorbilidade relacionada com o peso, como disglicemia (pré-diabetes ou diabetes mellitus tipo 2), hipertensão, dislipidemia, apneia obstrutiva do sono ou doença cardiovascular. <u>Adolescentes:</u> Indicado como complemento de uma dieta reduzida em calorias e de um aumento da atividade física para o controlo do peso em adolescentes com 12 ou mais anos de idade, com • obesidade* e • peso corporal superior a 60 kg. O tratamento com Wegovy deve ser descontinuado e reavaliado se os doentes adolescentes não tiverem uma redução do seu IMC de, pelo menos, 5% após 12 semanas com a dose de 2,4 mg ou com a dose máxima tolerada.

Medicamento	Indicação aprovada (AIM)
Mounjaro	Indicado como um adjuvante a uma dieta com redução calórica e aumento da atividade física para o controlo de peso, incluindo perda de peso e manutenção de peso, **em adultos** com um Índice de Massa Corporal (IMC) inicial de • ≥ 30 kg/m 2 (obesidade) ou • ≥ 27 kg/m 2 a < 30 kg/m 2 (excesso de peso) na presença de pelo menos uma comorbilidade relacionada com o peso (ex. hipertensão, dislipidemia, apneia obstrutiva do sono, doença cardiovascular, pré-diabetes, ou diabetes mellitus tipo 2)
Mysimba	Adjuvante de uma dieta baixa em calorias e com aumento da atividade física, para o tratamento do peso em **doentes adultos (≥ 18 anos)** com um Índice de Massa Corporal (IMC) de: • ≥ 30 kg/m 2 (obesos), ou • ≥ 27 kg/m2 a < 30 kg/m2 (excesso de peso) na presença de uma ou mais comorbilidades relacionadas com o peso (por exemplo, diabetes tipo 2, dislipidemia ou hipertensão controlada). O tratamento com Mysimba deve ser descontinuado após 16 semanas, se os doentes não tiverem perdido pelo menos 5% do seu peso corporal inicial
Orlistato (120 mg)	Indicado, em associação com uma dieta moderadamente hipocalórica, no tratamento de doentes obesos com um Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 30 Kg/m2 ou em doentes com excesso de peso (IMC ≥ 28 Kg/m2) com fatores de risco associados. O tratamento com orlistato deverá ser interrompido se, após 12 semanas, o doente não tiver perdido, pelo menos, 5 % do peso corporal determinado no início do tratamento.

No que se refere a reações adversas, Wegovy® (semaglutido), Saxenda® (liraglutido) e Mounjaro® (tirzepatida) pertencem à classe dos agonistas do receptor GLP-1 (ou combinados GLP-1/GIP, no caso da tirzepatida) e como todos os medicamentos desta classe, as reações mais comuns são os efeitos gastrointestinais, sendo os mais frequentes: náuseas, diarreia, vómitos, obstipação, dor abdominal[5-7].

Relativamente ao Mysimba® (bupropiom + naltrexona), os efeitos secundários mais frequentes associados são náuseas e vómitos, obstipação, tonturas e a boca seca. Em termos de segurança, o Comité dos Medicamentos de Uso Humano (CHMP) da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) recomenda uma monitorização continuada dos efeitos cardiovasculares do medicamento[11].

Os efeitos secundários mais frequentes associados ao orlistato são: hipoglicemia, dores de cabeça, infeções no trato respiratório superior, eliminação pelo ânus de manchas oleosas, dores ou desconforto abdominal (barriga), flatulência com descarga fecal, sensação de urgência em defecar,

fezes gordurosas ou oleosas, flatulência (gases), fezes líquidas, e aumento da defecação. Estes sintomas ocorrem geralmente no início do tratamento e desaparecem após algum tempo[9].

A EMA dispõe de Planos de Gestão de Risco (na sua designação em inglês "*Risk Management Plans*") para o Wegovy® (semaglutido), Saxenda® (liraglutido), Mounjaro® (tirzepatida) e Mysimba® (bupropiom + naltrexona), monitorizando continuamente os reportes de reações adversas de todos os medicamentos. A monitorização e avaliação das reações adversas faz parte do processo regulamentar (farmacovigilância pós-comercialização), e se necessário podem ser desencadeadas ações para garantir a segurança na utilização destes medicamentos.

2.1.1 Abordagem Terapêutica no contexto do Percurso de Cuidados Integrados da Pessoa com Obesidade

De acordo com o Percurso de Cuidados Integrados da Pessoa com Obesidade (PCIPO)[2], o tratamento não cirúrgico da obesidade (TNCO) consiste numa abordagem estruturada e multidisciplinar, centrada na modificação do estilo de vida (intervenção nutricional e plano de atividade física), apoio psicológico, terapêutica farmacológica (quando indicada) e monitorização da evolução clínica. O TNCO deve ser implementado pela Equipa Multidisciplinar da Obesidade (EMO), garantindo um acompanhamento contínuo, de pelo menos 12 meses e ajustado às necessidades da pessoa com obesidade, independentemente da idade.

No que se refere ao tratamento farmacológico, o PCIPO refere que o mesmo deve ser sempre acompanhado por intervenção nutricional, plano de atividade física e intervenção psicológica. A seleção do tratamento deve considerar fatores críticos, como: i. Mecanismo de ação do medicamento; ii. Via de administração; iii. Eficácia comprovada na redução de peso; iv. Efetividade; v. Eficiência; vi. Presença de comorbilidades associadas; vii. Perfil de efeitos adversos; viii. Tolerabilidade; ix. Dados sobre adesão e persistência no uso do medicamento.

Os critérios clínicos de elegibilidade para terapêutica farmacológica constantes do PCIPO são:

- IMC ≥ 35 Kg/m² com pelo menos uma comorbilidade associada à adiposidade excessiva, para a generalidade dos fármacos, considerando algumas exceções (tabela1);
- Insucesso nas intervenções não farmacológicas após um período de 12 meses de acompanhamento multidisciplinar com intervenção nutricional, plano de atividade física e intervenção psicológica.

A terapêutica farmacológica deve ser priorizada a pessoas com obesidade com maior risco cardiometabólico e cardiovascular num modelo de abordagem integrada e multidisciplinar (intervenção nutricional, plano de atividade física e intervenção psicológica), permitindo um acompanhamento estruturado e contínuo, com adaptações na terapêutica conforme a resposta individual. Após o tempo de intervenção (TI ≥ 12 meses), mediante sucesso ou insucesso terapêutico, a EMO deve discutir o Plano Individual de Cuidados (PIC) com a pessoa com obesidade.

Conforme consta no PCIPO[2] (Anexo 14 do PCIPO), os medicamentos com AIM na obesidade são prescritos no Núcleo de Cuidados Hospitalares. Na tabela 2 apresentam-se os critérios de elegibilidade para a utilização destes medicamentos, conforme definidos no PCIPO.

A reavaliação da terapêutica farmacológica encontra-se igualmente preconizada no PCIPO, sendo realizada após um tempo de intervenção igual ou superior a 12 meses, mediante critérios de sucesso/insucesso terapêutico definidos[2].

Tabela 2: Critérios clínicos de elegibilidade para terapêutica farmacológica, conforme PCIPO[2]

Fármaco	Indicação terapêutica
liraglutido (Saxenda®)	Adultos Em associação com uma intervenção nutricional com restrição energética e de um aumento da atividade física para o controlo do peso na pessoa adulta com IMC ≥35 Kg/m^2 na presença de hiperglicemia sem diagnóstico de diabetes tipo 2 (HbA1c entre 6,0-6,4% ou glicemia em jejum entre 100-125 mg/ dL) e elevado risco cardiovascular Adolescentes (≥ 12 anos) Em complemento de uma alimentação saudável e de um aumento da atividade física para o controlo do peso em doentes adolescentes, a partir dos 12 anos de idade, com obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m^2) e que pesem mais de 60 Kg
semaglutido (Wegovy®)	Adultos Em associação com uma intervenção nutricional com restrição energética e de um aumento da atividade física para o controlo do peso na pessoa adulta com IMC ≥35 Kg/m^2 na presença de, pelo menos, uma comorbilidade relacionada com o excesso de adiposidade ou com IMC ≥ 30 Kg/m^2 a < 34,9 Kg/m^2, na presença de pelo menos uma comorbilidade relacionada com o excesso de adiposidade e que cumpra os critérios de elegibilidade para referenciação para a EMO do Núcleo de Cuidados Hospitalares. Adolescentes: Em complemento de uma alimentação saudável e de um aumento da atividade física para o controlo do peso em adolescentes, a partir dos 12 anos de idade com obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m^2) e que pesem mais de 60 Kg.
tirzepatida (Mounjaro®)	Em associação com uma intervenção nutricional com restrição energética e de aumento da atividade física para o controlo de peso na pessoa adulta com obesidade, com IMC ≥ 35 Kg/m^2 e pelo menos uma comorbilidade relacionada com o excesso de adiposidade.
bupropiom + naltrexona (Mysimba®)	Em associação com uma intervenção nutricional com restrição energética e com aumento da atividade física, para o tratamento da pessoa adulta com um IMC ≥ 30 Kg/m^2 ou ≥ 27 Kg/m^2 a < 30 Kg/m^2 na presença de uma ou mais comorbilidades relacionadas com o excesso de peso (por exemplo diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia ou hipertensão controlada).
orlistato (120 mg) (várias marcas comerciais)	Em associação com uma intervenção nutricional com restrição energética, para o tratamento da pessoa adulta com obesidade com IMC ≥ a 30 Kg/m^2 ou em pessoas com pré-obesidade (IMC ≥ 28 Kg/m^2) com fatores de risco cardiometabólico.

2.1.2 Comparticipação de medicamentos no contexto nacional

O Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho, na sua redação atual, que procede à criação do Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde, estabelece as regras de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, abrangendo todas as entidades, públicas ou privadas, que produzem, comercializam ou utilizam estas tecnologias de saúde.

Atualmente, não existe enquadramento legal para a avaliação, para efeitos de comparticipação, dos medicamentos com AIM no tratamento da obesidade, uma vez que, considerando o Despacho n.º 4742/2014, de 2 de abril e a Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de junho, não existe subgrupo farmacoterapêutico específico para estes medicamentos. Deste modo, a potencial comparticipação destes medicamentos terá de ser enquadrada num regime específico, tal como previsto no Artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho, na sua redação atual, com as condições aplicáveis.

2.2. Contexto Internacional

De modo a identificar os países que financiam os medicamentos para o tratamento da obesidade foi efetuada uma pesquisa nos sites de diferentes países e com recurso a base de dados de acesso pelo INFARMED.

A tabela seguinte (tabela 3) resume a informação coligida e atualizada à data de 30 de novembro 2025[12-33].

Tabela 3: Resumo da informação sobre comparticipação dos medicamentos usados no tratamento da obesidade em diversos países (S – Financiado; N – Não financiado)

País	semaglutido (Wegovy®)	liraglutido (Saxenda®)	tirzepatida (Mounjaro®)	orlistato	bupropiom + naltrexona (Mysimba®)
Alemanha	N	N	N	N	N
Austrália	N	N	N	S*	N
Áustria	N	N	N	N	N
Bélgica	N	N	N	N	N
Brasil	N	N	N	N	N
Bulgária	N	N	N	N	N
Canadá	N	N	N	N	N
Croácia	N	N	N	S	N
Chipre	N	N	N	N	N
Dinamarca	N	N	N	N	N
Espanha	N	N	N	N	N
Estónia	N	N	N	N	N
Finlândia	N	S	N	N	S
França	N	N	N	N	N
Hungria	N	N	N	N	N
Inglaterra	S	S	S	S	
Irlanda	N	S	N	N	N
Itália	N	N	N	N	N
Lituânia	N	N	N	N	N
Letónia	N	N	N	N	N
Malta	N	N	N	N	N
Noruega	N	N	N	N	N
Países Baixos	N	S	N	N	S
Polónia	N	N	N	N	N
Roménia	N	N	N	S	N
Suécia	N	N	N	S	N
Suíça	S	S	N	S	N

* Apenas comparticipado no Repatriation Pharmaceutical Benefits.

2.2.1. Países que financiam medicamentos para o tratamento da obesidade

Existe financiamento público de um ou mais medicamentos para a obesidade em alguns países, mas com critérios de elegibilidade estritos e em determinados países, só podem ser prescritos por especialidades médicas definidas ou/e em centros multidisciplinares especializados no tratamento do excesso de peso e obesidade.

No contexto internacional, os países que comparticipam os agonistas da GLP-1 ou GIP/GLP-1, apresentam em geral critérios de elegibilidade bem definidos, normalmente IMC inicial ≥35 Kg/m² e pelo menos 1 comorbilidade, bem como critérios de descontinuação em que se deve considerar parar a terapêutica se menos de 5% do peso inicial tiver sido perdido, geralmente após 12 de semanas de tratamento com Saxenda® ou 6 meses de tratamento com Wegovy® ou Mounjaro®.

Também está previsto que estes tratamentos devam ser realizados em combinação com uma intervenção no estilo de vida (dieta hipocalórica, aumento da atividade física e intervenção comportamental).

Inglaterra

O resumo das principais recomendações do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [12] relativas à utilização de medicamentos no controlo do excesso de peso e obesidade, incluindo critérios de elegibilidade, limites de utilização e informação sobre comparticipação no Serviço Nacional de Saúde inglês (NHS), encontra-se na tabela 4. As recomendações referem que a farmacoterapia deve ser combinada com dieta hipocalórica, aumento da atividade física e intervenção comportamental.

Tabela 4: Resumo das recomendações do NICE relativas à utilização de medicamentos no controlo de excesso de peso e obesidade

Medicamento	Critérios de elegibilidade adultos (NICE)	Duração de tratamento e Limites de utilização	Comparticipação no NHS
liraglutido (Saxenda®) **Agonista GLP-1**	Um IMC inicial ≥ 35 Kg/m² (ou ≥32,5 em etnias específicas) e hiperglicemia não diabética e alto risco de doença cardiovascular.	Parar após 12 semanas na dose de 3,0 mg/dia se pelo menos 5% do peso corporal inicial não tiver sido perdido. Máx. 2 anos sob supervisão (Tier 3)	Comparticipado via serviços Tier 3 (TA664)[13]
semaglutido (Wegovy®) **Agonista GLP-1**	Pelo menos 1 comorbilidade relacionada ao peso e: • IMC inicial ≥35 Kg/m² (ou ≥32,5 em etnias específicas) ou • IMC inicial de 30,0 Kg/m² a 34,9 Kg/m² e que atendam aos critérios de encaminhamento para serviços Tier 3	Considere parar se menos de 5% do peso inicial tiver sido perdido após 6 meses de tratamento. Máx. 2 anos sob supervisão (Tier 3)	Comparticipado via serviços Tier 3 (TA875)[14]
tirzepatida (Mounjaro®) **agonista duplo GIP/GLP-1**	IMC) ≥35 Kg/m² (ou ≥32,5 em etnias específicas) + pelo menos 1 comorbilidade relacionada ao excesso de peso.	Se menos de 5% do peso inicial tiver sido perdido após 6 meses com a dose mais alta tolerada, decidir se deve continuar o tratamento, tendo em consideração os benefícios e riscos do tratamento	Comparticipado via serviços Tier 3 e cuidados de saúde primários (TA1026)[15]
orlistato (Xenical®) **Inibidor da lipase**	IMC ≥30 Kg/m² ou ≥28 Kg/m² com comorbilidades	Parar após 12 semanas se pelo menos 5% do peso corporal inicial não tiver sido perdido.	Prescrição em cuidados saúde primários (doente paga taxa fixa por embalagem, salvo se for isento)

Para mais detalhes consultar: NICE's technology appraisal guidance on liraglutide for managing overweight and obesity (TA664, December 2020)[13]
Para mais detalhes consultar: NICE's technology appraisal guidance on semaglutide for managing overweight and obesity (TA875, March 2023)[14]
Para mais detalhes consultar: NICE's technology appraisal guidance on tirzepatide for managing overweight and obesity (TA1026, December 2024)[15]

Nota: Tier 3: Serviços especializados em tratamento de excesso de peso e obesidade (equipa multidisciplinar com médico, enfermeiro, dietista, psicólogo, etc.)

Irlanda

Na Irlanda[17,18], o liraglutido (Saxenda®) está financiado como adjuvante de uma dieta hipocalórica e aumento da atividade física para controle de peso em pacientes adultos, com IMC inicial ≥ 35 Kg/m², pré-diabetes e alto risco de doença cardiovascular.

O acesso controlado ao liraglutido (Saxenda®) inclui duas fases de aprovação da comparticipação. O apoio à comparticipação na Fase 1 tem uma duração inicial de seis meses. Para continuar a receber a comparticipação após esse período (Fase 2), é necessário apresentar um segundo pedido de reembolso para determinar a resposta do doente ao tratamento após 12 semanas de liraglutido (Saxenda®) na dose de 3 mg/dia. A duração total da comparticipação é de dois anos (24 meses) a partir da data do pedido inicial da Fase 1.

O Wegovy® e Mounjaro® não estão atualmente cobertos pelo Programa de financiamento de Medicamentos para perda de peso na Irlanda, embora possam vir a ser considerados em revisões futuras.

Finlândia

Na Finlândia[19,20], está em vigor, através de Seguro Social, a comparticipação limitada para alguns medicamentos para obesidade, como o liraglutido e a combinação de bupropiom + naltrexona.

<u>Liraglutido</u>

A comparticipação é de 40% do custo do medicamento;

A elegibilidade é concedida com base numa declaração médica;

O medicamento é reembolsável desde que os critérios sejam cumpridos:

Comparticipação restrita como auxiliar no controlo de peso, em conjunto com uma dieta hipocalórica e aumento da atividade física:

- Em adultos cujo IMC inicial seja ≥ 35 Kg/m2;
- Em adolescentes a partir dos 12 anos de idade com obesidade grave (IMC correspondente ao IMC de adultos ≥ 35 Kg/m2) e peso superior a 60 Kg;
- Quando o doente é pré-diabético e tem pelo menos uma das seguintes doenças que requerem tratamento medicamentoso: hipertensão arterial ou dislipidemia.

A eficácia do tratamento é avaliada após 12 semanas de tratamento de manutenção (3,0 mg) (em adolescentes, alternativamente após a dose máxima tolerada) e, posteriormente, pelo menos uma

vez por ano. Para adultos, uma perda de peso de pelo menos 5% em relação ao valor basal e, para adolescentes, uma diminuição de 4% em relação ao valor basal no IMC é considerada uma resposta suficiente para continuar o tratamento.

A comparticipação está prevista até um máximo de 2 anos.

Bupropiom + Naltrexona

A comparticipação é de 40% do custo do medicamento;

A elegibilidade para a comparticipação é concedida com base numa declaração médica.

O produto é reembolsável desde que os critérios de reembolso estabelecidos sejam cumpridos.

Países Baixos

Liraglutido[32]

Se uma intervenção de estilo de vida, reconhecida pelo Instituto Nacional de Saúde Pública e Ambiente dos Países Baixos, não for bem-sucedida ao fim de 1 ano, pode combinar-se o liraglutido no tratamento de adultos sem diabetes *mellitus* tipo 2 com um risco de saúde relacionado ao peso extremamente aumentado e que não são (ainda) elegíveis para cirurgia metabólica e com:

- IMC ≥35 Kg/m^2 em combinação com uma comorbilidade (doença cardiovascular, apneia do sono e/ou osteoartrite) ou
- IMC ≥40 Kg/m^2

O tratamento deve ser interrompido se, após 3 meses de uso da dose de manutenção, o peso inicial não tiver diminuído em pelo menos 5%.

Bupropiom + Naltrexona

Se uma intervenção de estilo de vida reconhecida pelo Instituto Nacional de Saúde Pública e Ambiente dos Países Baixos, não for bem-sucedida ao fim de 1 ano, pode combinar-se o bupropiom + naltrexona no tratamento de adultos com:

- IMC ≥ 30 Kg/m2, ou
- IMC de 27 Kg/m2 a 30 Kg/m2 em combinação com uma comorbilidade (fatores de risco para doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, apneia do sono e/ou osteoartrite).

O tratamento deve ser interrompido se após quatro meses de uso o peso inicial não diminuiu em pelo menos 5%.

Suíça

Na Suiça[33] o Liraglutido (Saxenda®) e Semaglutido (Wegovy®) têm critérios de comparticipação semelhantes, como complemento a uma dieta com défice calórico de 500 Kcal/dia, acompanhada de aconselhamento nutricional e aumento da atividade física documentada (por exemplo, pedómetro) em pacientes motivados (sem cirurgia bariátrica prévia e sem cirurgia bariátrica planeada ou pendente) para controlo de peso em pacientes adultos com:

- IMC ≥ 35 Kg/m^2, ou
- IMC ≥ 28 Kg/m^2 se existirem comorbilidades adicionais relacionadas com o peso (pré-diabetes ou diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia).

O tratamento deve ser interrompido se os pacientes com IMC ≥ 28 Kg/m2 e < 35 Kg/m2 não tiverem perdido pelo menos 5% do seu peso corporal inicial e os pacientes com IMC ≥ 35 Kg/m2 não tiverem perdido pelo menos 7% do seu peso corporal inicial em comparação com o início da terapia após 16 semanas de tratamento (conclusão da fase de titulação). Após mais de 6 meses, o tratamento deve ser interrompido se os pacientes com IMC ≥ 28 Kg/m2 e < 35 Kg/m2 não tiverem alcançado uma redução de peso geral de pelo menos 10% em comparação com o peso inicial e os pacientes com IMC ≥ 35 Kg/m2 não tiverem alcançado uma redução de peso geral de pelo menos 12%.

Para terapia adicional, além desta fase inicial de tratamento, deve ser desencadeada uma nova cobertura de custos, na qual a redução de peso após 16 semanas e após um total de 10 meses deve ser comprovada.

Posteriormente, deve ser realizada uma verificação de sucesso a cada 6 meses. O liraglutido (Saxenda®) e o semaglutido (Wegovy®) podem ser reembolsados por um período máximo de 3 anos, se os critérios de reembolso acima referidos forem cumpridos. Se o peso do paciente aumentar novamente e for superior ao peso alvo a ser alcançado após 10 meses (peso inicial menos 10% ou 12%), a terapia deve ser interrompida. A terapia também deve ser interrompida assim que for atingido um IMC < 25 Kg/m2. Se o peso desses indivíduos voltar a subir para um IMC > 25 Kg/m2, a terapêutica pode ser reiniciada, mas não por mais do que o período máximo de 3 anos. O mesmo se aplica se a terapêutica for interrompida por outros motivos justificados, como gravidez. Os critérios de interrupção (peso alvo no mês 10 = 10% ou 12% inferior ao peso inicial) permanecem em vigor.

A prescrição é restrita a especialistas em endocrinologia/diabetologia e centros de obesidade e estes centros têm de obedecer a critérios específicos.

Orlistato

Indivíduos com IMC ≥ 28 Kg/m^2:

- Apenas para o tratamento de pacientes obesos com diabetes tipo 2 que estejam simultaneamente a ser tratados com um ou mais medicamentos antidiabéticos;
- O tratamento deve ser interrompido após 6 meses se a perda de peso não atingir pelo menos 5 Kg em relação ao peso no início do tratamento e/ou se a redução da HbA1c for inferior a 0,5%;
- Se o objetivo for alcançado, a terapia pode ser prolongada por um período máximo de 2 anos.

Indivíduos com IMC ≥ 35 Kg/m^2:

- Apenas para o tratamento de pacientes obesos;
- O tratamento deve ser interrompido após 6 meses se a perda de peso não atingir pelo menos 10% do peso corporal no início do tratamento;
- Se o alvo terapêutico for alcançado, a terapia pode ser prolongada por um período máximo de 2 anos.

Ainda no contexto internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS)[34] publicou recentemente uma orientação referindo que as terapêuticas com agonistas do recetor de GLP-1 e agonistas duplos GIP/GLP-1 no tratamento da obesidade em adultos devem ser implementadas no contexto de um modelo de cuidados crónicos e de um sistema de saúde com capacidade adequada. Para tal devem ser assegurados os recursos suficientes em termos de boa governação, formação abrangente dos profissionais de saúde, sistemas de monitorização e avaliação, mecanismos de referenciação, bem como processos de aquisição, cadeia de abastecimento e cobertura financeira adequada. A orientação da OMS recomenda ainda que os países e os decisores políticos considerem a evidência gerada localmente ou evidência transferível relevante, bem como fatores contextuais, incluindo estudos de custo-efetividade, análises de impacto orçamental e implicações sociais e éticas, para orientar a expansão do acesso à terapia com GLP-1 nos seus próprios contextos.

Ainda nesta orientação da OMS[34] é salientado que as terapêuticas com agonistas do recetor de GLP-1 e agonistas duplos GIP/GLP-1 no tratamento da obesidade em adultos surgiram como opções terapêuticas promissoras para a obesidade e comorbilidades relacionadas. No entanto, continuam a existir lacunas críticas no que diz respeito à eficácia a longo prazo, à eficácia no mundo real e à implementação equitativa em diversos contextos e populações.

Neste contexto, a OMS identifica como prioridades de investigação futura a definição das populações elegíveis para a terapêutica com agonistas do GLP-1/GIP-GLP-1, a avaliação da sua eficácia, segurança e impacto a longo prazo em diferentes contextos clínicos, bem como o estudo do seu efeito na fertilidade e gravidez. Destaca ainda a necessidade de analisar modelos de prestação de cuidados, análises de custo-efetividade e impacto orçamental, de otimizar estratégias de utilização e descontinuação da terapêutica e de compreender os fatores que influenciam a adesão, a atividade física e os resultados em saúde.

3. Regime de comparticipação

Os medicamentos indicados para a obesidade não se encontram abrangidos pelos grupos terapêuticos comparticipáveis, tal como definido na Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de junho, podendo vir a ser financiados através de um regime especial de comparticipação, ao abrigo do previsto no artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho, na sua redação atual, conforme referido no Despacho nº 13066/2025, de 6 de novembro. Esta medida tem o potencial para melhorar o acesso e reduzir a carga da doença, contudo o custo efetividade destas terapêuticas e o seu potencial impacto orçamental requer que as condições de acesso sejam criteriosamente definidas, tendo em consideração os critérios de elegibilidade dos doentes, critérios de início e interrupção da terapêutica, condições de prescrição (locais e especialidades médicas, se aplicável), condições de dispensa, elegibilidade dos medicamentos a serem incluídos no regime e resultados da monitorização.

Assim, indicam-se condições a considerar em relação a cada um dos potenciais critérios a observar:

Critérios de elegibilidade dos doentes – Critérios previstos no PCIPO, exceto se do processo de Avaliação de Tecnologias de Saúde e de financiamento resultarem condições mais estritas.

Condições de prescrição - Médicos dos núcleos de cuidados hospitalares pertencentes às equipas multidisciplinares de obesidade (EMO) no Serviço Nacional de Saúde (Anexo 14 do PCIPO[2]). A prescrição dos medicamentos deve efetuar-se exclusivamente através de meios eletrónicos devendo a receita conter menção expressa ao regime excecional de comparticipação.

Condições de dispensa - Dispensa de embalagens para um período a definir pelo programa da obesidade para evitar desperdício e fraude.

Elegibilidade dos medicamentos – Após processo de Avaliação de Tecnologias de Saúde e de financiamento público positivo. Adicionalmente, deverão ser cumpridas as orientações terapêuticas constantes das Normas de Orientação Clínica e do Formulário Nacional do Medicamento, nomeadamente o posicionamento terapêutico dos diferentes medicamentos, de acordo com o estabelecido pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT).

Monitorização – Para além dos critérios de início de terapêutica, devem ficar explícitos os critérios para a sua interrupção e/ou cessação. O sistema de informação deve permitir a monitorização dos

resultados em saúde devendo os parâmetros a registar e monitorizar ficar bem definidos e a obtenção dos indicadores para efeitos de avaliação ser automatizada.

3.1 Impacto financeiro da comparticipação dos medicamentos

3.1.1. Metodologia

A fim de poder ser estimado o impacto financeiro e orçamental, da possível comparticipação destes medicamentos, foram considerados os doentes potencialmente elegíveis para terapêutica farmacológica, tendo em consideração os critérios resultantes do PCIPO elaborado pela Direção-Geral da Saúde e, portanto, o impacto do tratamento na população que cumpre os critérios ali definidos. Adicionalmente, analisou-se também o impacto que resulta da abrangência da totalidade da população com obesidade e excesso de peso, a fim de permitir a melhor avaliação do âmbito de um potencial regime de comparticipação.

Assim:

a) Considerando os critérios constantes no PCIPO:
De acordo com a informação disponibilizada pela DGS, estima-se que cerca de 170.405 a 180.880 pessoas adultas, diagnosticadas nos Cuidados de Saúde Primários com obesidade graus II ou III, possam ser elegíveis para terapêutica farmacológica no âmbito do Percurso de Cuidados Integrados.

b) Considerando a totalidade da população com excesso de peso e obesidade:

Existem diferentes fontes de informação sobre a prevalência de auto reporte de excesso de peso e obesidade na população portuguesa, como por exemplo, o Inquérito Nacional de Saúde (INS)[35] de 2019 ou o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento de 2022 (ICOR)[36], do INE. Para efeito deste estudo, foi efetuada a estimativa a partir dos dados disponíveis nos resultados do inquérito sobre prevalência de excesso de peso e de obesidade em Portugal (Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico - INSEF)[37], uma vez que este inquérito utilizou medições antropométricas diretas, para expressar o excesso de peso e obesidade. Considerou-se para o efeito a população entre o 25 e 74 anos residentes em Portugal em 2024[38] (tabela 5).

Tabela 5 – Estimativa da população adulta com excesso de peso e obesidade em 2024
(População entre 25-74 anos = 6 997 859)

Aplicação das taxas de prevalência do INSEF	Estimativa da População
Obesidade (28,7%)	2 008 386
Excesso de Peso (38,9%)	2 722 167

No que se refere à população a iniciar tratamento farmacológico, assumiu-se um cenário de adoção faseada ao longo de dois anos, com 50% dos doentes elegíveis a iniciar terapêutica no ano 1 e os restantes 50% a iniciar no ano 2. Adicionalmente, estimou-se também o cenário em que todos os doentes elegíveis iniciam terapêutica farmacológica no ano 1.

Para efeitos de estimativa de impacto estimaram-se quantas pessoas beneficiariam do regime geral de comparticipação (RG), do regime especial de comparticipação (RE) ou do Complemento Solidário para Idosos (CSI). Para esta divisão, considerou-se com base no total do mercado de medicamentos, o número de utentes distintos com dispensa de embalagens para cada regime, nos últimos 12 meses disponíveis.

B. Preços dos medicamentos em ambulatório (Mounjaro®, Wegovy®, Saxenda®, Mysimba®, Orlistato)

Consideraram-se os preços praticados à data de 01/11/2025. Tanto o Mounjaro® como o Wegovy® encontram-se a praticar baixas temporárias de preço, que foram consideradas para efeitos da estimativa de impacto.
Esta base de preços pode ser ajustada em função dos resultados do processo de avaliação de tecnologias de saúde assim como da revisão das condições de financiamento em função dos resultados e quotas de mercado.

C. Custo tratamento anual com cada medicamento

Para cada fármaco estimou-se o custo médio de tratamento anual considerando as embalagens de início e manutenção do tratamento (Anexo 1).

D. Divisão do mercado

Para a divisão da população que iniciará a terapêutica comparticipada com um dos 5 medicamentos disponíveis considerou-se a quota de mercado das vendas de cada uma das DCI, entre janeiro e outubro de 2025 no mercado português:

- 1,3% fará terapêutica com Bupropiom + Naltrexona;
- 3,9% fará terapêutica com Orlistato;
- 10,1% com Liraglutido;
- 34,3% com Tirzepatida;
- 50,4% fariam a terapêutica com Semaglutido.

E. Duração do tratamento

Não obstante a possibilidade de não adesão ou descontinuação da terapêutica, considerou-se para efeitos de impacto que cada indivíduo pode ficar pelo menos até dois anos em tratamento.

F. Cenários de comparticipação

Consideraram-se os seguintes cenários:

- Comparticipação Escalão A (90%).
- Comparticipação Escalão B (69%).
- Comparticipação Escalão C (37%).
- Comparticipação Escalão D (15%).

3.1.2. Impacto

Conforme referido para cada terapêutica estimou-se o custo por utente, quer para o SNS quer para o utente, no ano de início e no ano de manutenção da terapêutica.

Tabela 6: Custo de tratamento por utente beneficiário do Regime Geral de Comparticipação, pelos diferentes escalões

Nome Comercial	DCI	Custo de tratamento nos primeiros 12 meses (a PVP)	Escalão A (90%)		Escalão B (69%)		Escalão C (37%)		Escalão D (15%)	
			Encargo SNS	Encargo Utente	Encargo SNS	Encargo Utente	Encargo SNS	Encargo Utente	Encargo SNS	Encargo Utente
Mounjaro	Tirzepatida	3 804,02 €	3 423,62 €	380,40 €	2 624,77 €	1 179,25 €	1 407,49 €	2 396,53 €	570,60 €	3 233,42 €
Wegovy	Semaglutido	2 637,08 €	2 373,37 €	263,71 €	1 819,59 €	817,49 €	975,72 €	1 661,36 €	395,56 €	2 241,52 €
Saxenda	Liraglutido	2 840,93 €	2 556,84 €	284,09 €	1 960,24 €	880,69 €	1 051,14 €	1 789,79 €	426,14 €	2 414,79 €
Mysimba	Bupropiom + Naltrexona	1 308,84 €	1 177,96 €	130,88 €	903,10 €	405,74 €	484,27 €	824,57 €	196,33 €	1 112,51 €
-	Orlistato 120 mg	648,00 €	583,20 €	64,80 €	447,12 €	200,88 €	239,76 €	408,24 €	97,20 €	550,80 €

Com base nos custos de tratamento e na introdução faseada dos utentes em terapêutica farmacológica estimou-se o impacto económico a dois anos, dos indivíduos potencialmente elegíveis de acordo com o PCIPO (tabela 7)

Tabela 7: Impacto orçamental por escalão de comparticipação, da população elegível de acordo com o PCIPO

População elegível para tratamento farmacológico	Escalão de comparticipação	Escalão A (90%)		Escalão B (69%)		Escalão C (37%)		Escalão D (15%)	
	Ano	1º ano	2º ano	1º ano	2º ano	1º ano	2º ano	1º ano	2º ano
170.405 pessoas	Introdução faseada (50% no 1.º ano; restantes 50% no 2º ano)	229,1 M€	477,2 M€	179,8 M€	374,5 M€	101,0 M€	210,3 M€	46,8 M€	97,4 M€
	Introdução total no 1º ano	458,2 M€	496,2 M€	359,6 M€	389,5 M€	201,9 M€	218,7 M€	93,5 M€	101,3 M€

Apresenta-se igualmente na Tabela 8, a estimativa de impacto caso se considere uma população mais alargada, nomeadamente a estimativa do total de população adulta com obesidade.

Tabela 8: Impacto orçamental por escalão de comparticipação, no total da estimativa de população com obesidade

População considerada com base na informação do INSEF[34]	**Escalão de comparticipação**	**Escalão A (90%)**		**Escalão B (69%)**		**Escalão C (37%)**		**Escalão D (15%)**	
	Ano	**1º ano**	**2º ano**	**1º ano**	**2º ano**	**1º ano**	**2º ano**	**1º ano**	**2º ano**
População com obesidade (28,7% da população 25-74 anos) **2 008 386 pessoas**	**Introdução faseada (50% no 1.º Ano; restantes 50% no 2º Ano)**	2 700,1 M€	5 624,0 M€	2 119,4 M€	4 414,4 M€	1 190,1 M€	2 478,8 M€	551,2 M€	1 148,0 M€
	Introdução total no 1º ano	5 400,3 M€	5 847,8 M€	4 238,7 M€	4 590,0 M€	2 380,1 M€	2 577,4 M€	1 102,3 M€	1 193,7 M€

Para além da população com obesidade, apresenta-se no anexo 2 o cenário de estimativa de impacto associado ao tratamento de indivíduos com excesso de peso enquadráveis nas indicações aprovadas em AIM.

4. Observações Finais

Conforme determinado no Despacho nº 13066/2025, de 6 de novembro[1] o INFARMED, I.P. desenvolveu o estudo técnico de apoio à avaliação da comparticipação dos medicamentos para o tratamento da obesidade.

Caso se opte pela criação de um regime excecional de comparticipação, e face ao elevado impacto económico, o regime deve conter critérios explícitos de elegibilidade com base no Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com Obesidade e nos resultados do processo de avaliação de tecnologias de saúde, bem como critérios bem definidos ao nível das condições de prescrição, condições de início e interrupção do tratamento, monitorização e avaliação dos resultados.

Adicionalmente, deverão ser cumpridas as orientações terapêuticas constantes das Normas de Orientação Clínica e do Formulário Nacional do Medicamento, nomeadamente o posicionamento terapêutico dos diferentes medicamentos.

O regime de comparticipação deve prever a respetiva monitorização e avaliação em função dos objetivos e resultados obtidos, assim como a reavaliação dos medicamentos financiados em função dos resultados na redução do nível de obesidade e comorbilidades associadas na população.

5. Referências Bibliográficas

1- Despacho nº 13066/2025, de 6 de novembro, disponível em, https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13066-2025-944666727, consultado a 24-11-2025

2- Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com Obesidade da Direção Geral da Saúde 2025, disponível em,

https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/percurso-de-cuidados-integrados/percurso-de-cuidados-integrados-para-a-pessoa-com-obesidade-pdf.aspx

3- Roteiro de Ação para Acelerar a Prevenção e Controlo da Obesidade em Portugal 2025-2027, disponível em, https://nutrimento.pt/wp-content/uploads/2025/03/DGS_PNPAS_RoteiroObesidade_final-2.pdf

4- WHO acceleration plan to stop obesity, disponível em https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ea789198-6336-45e3-adfd-7abb4b147b69/content, consultado a 26-11-2025.

5- Resumo de Características do Medicamento, Mounjaro, disponível em https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/mounjaro-epar-product-information_pt.pdf, consultado a 27/11/2025.

6– Resumo das Características do Medicamento Wegovy, disponível em https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/wegovy-epar-product-information_pt.pdf, consultado a 27/11/2025.

7– Resumo de Características do Medicamento, Saxenda, disponível em https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/saxenda-epar-product-information_pt.pdf consultado a 27/11/2025.

8 - Resumo de Características do Medicamento, Mysimba, disponível em https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/mysimba-epar-product-information_pt.pdf, consultado a 27/11/2025.

9 - Resumo de Características do Medicamento, Xenical, disponível em https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/xenical-epar-product-information_pt.pdf, consultado a 27/11/2025.

10- Resumo de Características do Medicamento, Imcivree, https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/imcivree-epar-product-information_pt.pdf, consultado a 27/11/2025.

11- Resumo do EPAR Mysimba, disponível em https://www.ema.europa.eu/pt/documents/overview/mysimba-epar-summary-public_pt.pdf, consultado a 9-12-2025.

12– Overweight and obesity management, NICE guideline, Reference Number NG246, Published 14 january 2025, disponível em, https://www.nice.org.uk/guidance/ng246/resources/overweight-and-obesity-management-pdf-66143959958725, consultado a 14-07-2025.

13- Liraglutide for managing overweight and obesity, Technology appraisal guidance; Reference Number TA664, Published 09 december 2020, disponível em,

https://www.nice.org.uk/guidance/ta664

14- Semaglutide for managing overweight and obesity, Technology appraisal guidance; Reference Number TA875, Published 08 march 2020, Last updated 4 september 2023, disponível em,

https://www.nice.org.uk/guidance/ta875

15- Tirzepatide for managing overweight and obesity, Technology appraisal guidance; Reference Number TA1026, Published 23 december 2024, last updated 1 september 2025, disponível em,

https://www.nice.org.uk/guidance/ta1026

16- Antiobesity drugs utilization trend analysis and reimbursement lists status – the perspective of selected European countries, disponível em https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0004-1963/2024/0004-19632403436S.pdf

17- Irlanda, disponível em: https://healthwave.ie/health-hub/drug-payment-scheme-coverage-weight-loss-medications-ireland-2025/

18- Ireland reimbursement list of drugs, disponível em: https://www.hse.ie/eng/staff/pcrs/items/ e

https://www.hse.ie/eng/about/who/cspd/medicines-management/managed-access-protocols/liraglutide-saxenda-/

19- Finlândia. Financiamento do Liraglutido, disponível em: https://asiointi.kela.fi/laakekys_app/LaakekysApplication/Korvattavuus?vnrnumero=513490

20-Finlândia.Financiamento da Naltrexona+Bupriopom, disponível em: https://asiointi.kela.fi/laakekys_app/LaakekysApplication/Korvattavuus?vnrnumero=190131

21- US, França, Alemanha, UK Weighing the Costs: Reimbursement of Anti-Obesity Medicines in the US and Europe, disponível em, https://www.apersy.com/2024/09/17/weighing-the-costs-reimbursement-of-anti-obesity-medicines-in-the-us-and-europe/

22- Agency for medical products and medical devices of Croatia, disponível em, https://www.halmed.hr/en/Promet-proizvodnja-i-inspekcija/

23- Republic of Estonia Agency of Medices, disponível em, https://www.ravimiregister.ee/en/default.aspx?pv=HumRavimid.Otsing

24- Letónia, Medicinal Product Register of Latvia, disponível em, https://dati.zva.gov.lv/zalu-registrs/en/?iss=1&SN=%25&CKZ=on

25- Bulgaria National Council on Prices and reimbursement of medicinal products, disponível em, https://portal.ncpr.bg/registers/pages/register/list-medicament.xhtml

26- Danish Medicines Agency, disponível em, https://www.medicinpriser.dk/Default.aspx

27- Australia; The Pharmaceutical Benefits Scheme, disponível em, https://www.pbs.gov.au/browse/medicine-listing

28- Noruega; Norwegian Medical Products Agency, disponível em, https://www.legemiddelsok.no/sider/default.aspx?searchquery=&f=Han;MtI;Vir;ATC;Var;Mar;Mid;Avr;gen;par;&pane=1

29- Lituânia; Lithuania reimbursement list of drugs, disponível em, https://kainynas.vlk.lt/webapp/index.html

30- Bélgica, Institut national d'assurance maladie-invalidité, disponível em, https://www.inami.fgov.be/fr/programmes-web

31- Itália, AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco, disponível em: https://medicinali.aifa.gov.it/it/#/it/

32- Países Baixos; Instituto de Saúde dos Países Baixos, disponível em, https://www.medicijnkosten.nl/

33- Suiça, disponível em: https://www.spezialitätenliste.ch/

34- WHO guideline on the use of glucagon-like peptide-1 (GLP-1) therapies for the treatment of obesity in adults, disponível em, https://files.magicapp.org/guideline/6536c5ab-d6c8-4908-8a4c-0189ef096766/published_guideline_10807-1_1.pdf.

35- Instituto Nacional de Estatística (INE). Inquérito Nacional de Saúde 2019. Lisboa: INE; 2020.

36- Instituto Nacional de Estatística (INE). Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2022 - Saúde. Lisboa: INE; 2023.

37 - Inquérito sobre prevalência de excesso de peso e de obesidade em Portugal (Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. Disponível em https://www.insa.min-saude.pt/prevalencia-de-excesso-de-peso-e-de-obesidade-em-portugal-resultados-do-primeiro-inquerito-nacional-de-saude-com-exame-fisico/

38 – INE, Estimativas anuais da população residente. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0012903&selTab=tab0

Anexos

Anexo 1

Tabela 9: Lista de Medicamentos e custos médios considerados para a estimativa de impacto com base no RCM e doses médias de manutenção

Nome Comercial	DCI	Dosagem	Embalagem	Quantidade	PVP praticado	Embalagens para 12 meses	Custo médio de tratamento nos primeiros 12 meses (a PVP)
Mounjaro	Tirzepatida	2.5 mg/0.6 ml	1	2.4 ml	182,92	1	3 804,02 €
Mounjaro	Tirzepatida	5 mg/0.6 ml	1	2.4 ml	244,80	1	
Mounjaro	Tirzepatida	7.5 mg/0.6 ml	1	2.4 ml	337,63	1	
Mounjaro	Tirzepatida	10 mg/0.6 ml	1	2.4 ml	337,63	9	
Wegovy	Semaglutido	0.25 mg/0.38 ml	1	1.5 ml	153,08	1	2 637,08 €
Wegovy	Semaglutido	0.5 mg/0.38 ml	1	1.5 ml	153,08	1	
Wegovy	Semaglutido	1 mg/0.75 ml	1	3 ml	153,08	1	
Wegovy	Semaglutido	1.7 mg/0.75 ml	1	3 ml	219,44	1	
Wegovy	Semaglutido	2.4 mg/0.75 ml	1	3 ml	244,80	8	
Saxenda	Liraglutido	6 mg/ml	3	3 ml	152,86	1	2 840,93 €
Saxenda	Liraglutido	6 mg/ml	5	3 ml	244,37	11	
Mysimba	Bupropiom + Naltrexona	90 mg + 8 mg	112	-	109,07	12	1 308,84 €
-	Orlistato	120 mg	84	-	54,00	12	648,00 €

Anexo 2

Estimativa de impacto considerando a estimativa da população com excesso de peso e potencialmente elegível para terapêutica farmacológica nas indicações em AIM.

Considerando que a população com excesso de peso (Indivíduos com IMC entre 25,0 Kg/m2 e 30,0 Kg/m2), engloba indivíduos com excesso de peso que estão excluídos da indicação em AIM (Indivíduos com IMC entre 25 Kg/m2 e 27,5 Kg/m2), estimou-se que 50% poderiam ter IMC no intervalo da AIM e destes 60% ter uma condição crónica, totalizando 816 650 indivíduos.

Tabela 10: Estimativa de impacto da população com excesso de peso e potencialmente incluído na indicação em AIM

Estimativa da população com excesso de peso e potencialmente incluído na indicação em AIM	**Escalão de comparticipação**	**Escalão A (90%)**		**Escalão B (69%)**		**Escalão C (37%)**		**Escalão D (15%)**	
	Ano	**1º ano**	**2º ano**	**1º ano**	**2º ano**	**1º ano**	**2º ano**	**1º ano**	**2º ano**
816 650 pessoas	**Introdução faseada (50% no 1.º Ano; restantes 50% no 2º Ano)**	1 097,9 M€	2 286,8 M€	861,8 M€	1 795,0 M€	483,9 M€	1 007,9 M€	224,1 M€	466,8 M€
	Introdução total no 1º ano	2 195,9 M€	2 377,8 M€	1 723,6 M€	1 866,4 M€	967,8 M€	1 048,0 M€	448,2 M€	485,4 M€

Parque de Saúde de Lisboa, Avenida do Brasil, 53
1749-004 Lisboa - Portugal
Telefone: 217 987 100 | infarmed@infarmed.pt | www.infarmed.pt