BENEFÍCIO FARMÁCIA

Critérios técnicos para Agonistas do receptor de GLP-1 e Agonista duplo GIP/GLP-1

Os medicamentos agonistas do receptor de GLP-1 e agonistas duplos GIP/GLP-1 são cobertos pelo Benefício Farmácia conforme regras de cobertura e custeio vigentes, **exclusivamente dentro das indicações aprovadas em bula.**

1. Elegibilidade obrigatória

Para qualquer liberação:

- A pessoa beneficiária deve estar inscrita e ativa em uma das iniciativas do **Programa Cuidar***
- Prescrição médica deve ser obrigatoriamente oriunda de médico assistente do **Programa Cuidar****.

***Iniciativas do Programa Cuidar**:

- Programa Cuidar | Atenção Primária
- Programa Cuidar | Gestão de Saúde
- Programa Cuidar | 60+

****Observação:** Durante o período de adaptação à nova regra, será aceita, a apresentação de receitas emitidas por médicos externos ao Programa Cuidar. As situações serão analisadas individualmente, caso a caso. Ressaltamos, no entanto, que **a adesão ao Programa Cuidar é obrigatória para que a autorização seja concedida mediante essa flexibilização.**

Caso ainda **não esteja ativo em nenhuma das iniciativas**, orientamos que se inscreva no **Programa Cuidar | Atenção Primária**, que é aberto a todas as pessoas beneficiárias, independente de **localidade**, **idade** ou **condição de saúde**. Bastar estar com o plano de saúde ativo e sem carência. Inscreva-se pelo app **Paciente Sírio-Libanês** ou pelo **Portal do Paciente**.

Inscreva-se pelo app Paciente Sírio-Libanês ou pelo Portal do Paciente.

2. Indicações cobertas

2.1 Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)

Cobertura para medicamentos com indicação em bula para DM2, como LIRAGLUTIDA (Victoza), (Lirux), LIXISENATIDA+INSULINA GLARGINA (Soliqua),

DULAGLUTIDA (Trulicity), SEMAGLUTIDA (Ozempic, Rybelsus) e Xultophy (Insulina degludeca 100 U/mL + liraglutida 3,6 mg/mL), TIRZEPATIDA (Mounjaro).

Comprovação diagnóstica (primeira análise)

Apresentar:

1. Laudo médico (a partir de 15/5, precisa ser emitido por médico do Programa Cuidar) com diagnóstico de DM2 E um dos exames abaixo:
2. 2 glicemias de jejum ≥126 mg/dl
3. HbA1c ≥6,5%
4. TOTG 2h ≥200 mg/dl

Após comprovação inicial, não é necessária reapresentação periódica de exames para liberação de medicamentos pelo Benefício Farmácia.

2.2 Obesidade

Somente para medicamentos com indicação em bula para obesidade, como Wegovy, Mounjaro, Poviztra e outros que possam vir a surgir com essa indicação em bula.

Critérios:

IMC ≥30 kg/m²

5. Laudo médico com IMC e CID correspondente
6. Circunferência abdominal
    1. ≥102 cm homens
    2. ≥88 cm mulheres

IMC ≥27 kg/m²

Exige comorbidade associada.

7. Laudo médico completo (a partir de 15/5, precisa ser emitido por médico do Programa Cuidar), com IMC e descrição da comorbidade atrelada a condição clínica. Renovado anualmente.
8. Pelo menos uma comorbidade, com apresentação do exame comprobatório, tais como:
    1. Pré-diabetes
    2. Dislipidemia
    3. Apneia do sono moderada/grave

4. Doença cardiovascular ou hipertensão com laudo médico
5. Redução do risco de evento cardiovascular grave em adultos (Wegovy)

2.3 Esteato Hepatite

Medicamento Wegovy usado para tratar esteato-hepatite associada à disfunção metabólica (MASH) em adultos com cicatriz no fígado (fibrose hepática) moderada a avançada, sem cirrose hepática. Dose máxima de 2,4 mg, uma vez por semana.

3. Faixa etária

Seguir rigorosamente bula de cada medicamento. Quando bula não estabelecer

segurança pediátrica:

- não haverá cobertura

4. Receita médica

Conforme norma Anvisa:

- Apresentação de receita médica do tipo C1 (Receita Controlada), conforme regulamentação vigente da ANVISA.
- Validade da receita de até 90 (noventa) dias, quando houver indicação expressa de "uso contínuo". Nesses casos, a dispensação poderá ocorrer de forma integral ou fracionada (mensal), a critério do beneficiário.
- Receitas que apresentem apenas validade vinculada à data de emissão e/ou sem indicação de uso contínuo, poderão ser utilizadas para uma única dispensação.

Atenção: Serão aceitas prescrições para dispensação única correspondente a até 3 meses de tratamento, desde que a prescrição apresente a indicação de "uso contínuo". Além disso, o médico prescritor deverá especificar claramente na receita a quantidade de caixas que o paciente necessitará para cobertura de 90 (noventa) dias de tratamento, garantindo a adequada dispensação no período autorizado.

Deve conter:

- Identificação do paciente
- Sexo e idade
- Dose, forma farmacêutica e quantidade
- Identificação e CRM do médico
- Carimbo e assinatura
- Data de emissão

- Nos casos de “USO CONTÍNUO”, informar a quantidade de caixas para até 90 dias. Nesses casos, a dispensação poderá ocorrer de forma integral ou fracionada (mensal), observadas as regras específicas para início de tratamento e alteração de dose previstas no item 5.

5. Escalonamento e doses

- Seguir o escalonamento de bula Pacientes já em dose avançada:
- Apresentar laudo com histórico terapêutico, assinado e carimbado pelo médico (a partir de 15/5, precisa ser emitido por médico do Programa Cuidar).

- **Não serão aceitas doses maiores do que a prescrição máxima em bula.**
- Nos casos de início de tratamento ou alteração de dose, a dispensação pela modalidade Delivery será limitada inicialmente a uma caixa, como medida preventiva diante da possibilidade de ajustes na conduta médica. Essa prática também visa evitar o envio de quantidades superiores às necessárias em um momento de definição terapêutica, considerando que os medicamentos dispensados por Delivery não podem ser devolvidos após o recebimento. Mantida a dose prescrita, as caixas remanescentes poderão ser solicitadas após 15 dias do recebimento da primeira caixa. Essa limitação não se aplica aos beneficiários já estabilizados na dose de manutenção, observadas as demais regras do Benefício Farmácia.

- A medida tem como objetivo promover o uso adequado dos medicamentos e evitar desperdícios decorrentes de possíveis ajustes terapêuticos realizados pelo médico assistente durante o início do tratamento. Após a confirmação da manutenção da dose prescrita, o beneficiário poderá solicitar normalmente as quantidades remanescentes previstas para o período autorizado.

6. Manutenção

- Após atingir a dose de manutenção, a pessoa beneficiária deverá ser reavaliada semestralmente, sendo necessária a comprovação de redução mínima de 5% do peso corporal (por semestre) em relação ao peso observado na fase de manutenção. Podendo ter a conduta terapêutica alterada a qualquer momento pelo médico (a partir de 15/5, via Programa Cuidar).

- Após 18 meses de tratamento da fase de manutenção, caso não seja alcançada a redução do peso-alvo previamente estabelecido, a conduta terapêutica
  deverá ser reavaliada pelo médico (a partir de 15/5, via Programa Cuidar), podendo implicar descontinuação ou ajuste da estratégia terapêutica.

*Recomendamos a adesão das pessoas que usam esses medicamentos ao Programa Cuidar | Atenção Primária

Caso ainda haja qualquer dúvida em relação aos critérios, pedimos que a encaminhe por meio do e-mail duvidas.criteriotecnicobf@saudepetrobras.com.br , para que possamos esclarecer adequadamente.

O Benefício Farmácia cobre os medicamentos conforme este critério técnico publicado pela Saúde Petrobras.

Atualizado em 28/10/2026