

O custo do emagrecimento: desafios e soluções do tratamento medicamentoso para a obesidade

Paula Veiga Cheuiche (UFRGS) - paulacheuiche@gmail.com

Joana Siqueira de Souza (UFRGS) - joana@producao.ufrgs.br

Luiza Borba Dittrich (UFRGS) - luizadittrich@gmail.com

Resumo:

A obesidade é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo e está associada a diversas comorbidades que agravam o estado de saúde dos indivíduos. Nesse contexto, os tratamentos medicamentosos têm ganhado relevância, especialmente os análogos ao GLP-1 (Glucagon-like Peptide-1) e ao GIP (Gastric Inhibitory Polypeptide). Contudo, o alto custo desses fármacos constitui uma barreira significativa para a adesão dos pacientes. Este artigo teve como objetivo identificar os principais desafios e possíveis soluções relacionados ao custo do tratamento da obesidade, a partir de entrevistas com médicos endocrinologistas e da literatura científica. Os resultados evidenciam que a continuidade terapêutica é frequentemente limitada por dificuldades financeiras, agravadas pela concentração do mercado em poucas empresas, pelo preconceito associado ao uso de medicamentos para emagrecimento e pela banalização do tratamento. Soma-se a isso a escassez dos fármacos nas farmácias, impulsionada pela crescente demanda, além da circulação de versões falsificadas a preços reduzidos, que ampliam os riscos aos pacientes. Entre as soluções apontadas estão a quebra de patentes, a inclusão desses medicamentos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do SUS, a padronização de preços, a exigência de prescrição médica, a ampliação da cobertura pelos convênios e a compra em farmácias licenciadas. Também foram destacadas medidas preventivas, como a promoção de educação alimentar e a regulação do consumo de ultraprocessados. Assim, conclui-se que políticas públicas, regulação do mercado e transformações culturais são fundamentais para viabilizar um tratamento contra a obesidade mais acessível à população.

Palavras-chave: Obesidade. Custo. Medicamento

Área temática: Abordagens contemporâneas de custos

O custo do emagrecimento: desafios e soluções do tratamento medicamentoso para a obesidade

RESUMO

A obesidade é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo e está associada a diversas comorbidades que agravam o estado de saúde dos indivíduos. Nesse contexto, os tratamentos medicamentosos têm ganhado relevância, especialmente os análogos ao GLP-1 (Glucagon-like Peptide-1) e ao GIP (Gastric Inhibitory Polypeptide). Contudo, o alto custo desses fármacos constitui uma barreira significativa para a adesão dos pacientes. Este artigo teve como objetivo identificar os principais desafios e possíveis soluções relacionados ao custo do tratamento da obesidade, a partir de entrevistas com médicos endocrinologistas e da literatura científica. Os resultados evidenciam que a continuidade terapêutica é frequentemente limitada por dificuldades financeiras, agravadas pela concentração do mercado em poucas empresas, pelo preconceito associado ao uso de medicamentos para emagrecimento e pela banalização do tratamento. Soma-se a isso a escassez dos fármacos nas farmácias, impulsionada pela crescente demanda, além da circulação de versões falsificadas a preços reduzidos, que ampliam os riscos aos pacientes. Entre as soluções apontadas estão a quebra de patentes, a inclusão desses medicamentos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do SUS, a padronização de preços, a exigência de prescrição médica, a ampliação da cobertura pelos convênios e a compra em farmácias licenciadas. Também foram destacadas medidas preventivas, como a promoção de educação alimentar e a regulação do consumo de ultraprocessados. Assim, conclui-se que políticas públicas, regulação do mercado e transformações culturais são fundamentais para viabilizar um tratamento contra a obesidade mais acessível à população.

Palavras-chave: Obesidade. Custo. Medicamento.

Área Temática: Abordagens contemporâneas de custos.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade tem aumentado drasticamente nas últimas décadas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2022, cerca de 860 milhões de adultos em todo o mundo foram afetados por essa condição, representando mais de 16% da população global e configurando-se como uma das doenças crônicas mais prevalentes (WHO, 2024a). A obesidade está associada a uma série de comorbidades, como diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, comprometimento da saúde óssea e da fertilidade, além de estar relacionada ao aumento do risco de certos tipos de câncer.

No Brasil, a situação é alarmante. Um estudo recente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) revelou que a prevalência de obesidade quase dobrou entre 2006 e 2019, atingindo 20,3% da população adulta (Nilson & Rezende, 2024). A projeção para 2044 é ainda mais preocupante, estimando-se que quase metade dos adultos brasileiros estará obeso. Frente a esse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS)

oferece a cirurgia bariátrica como alternativa para pacientes com obesidade grau II ou III que não obtiveram sucesso com medidas conservadoras como dieta, atividade física e acompanhamento clínico (Brasil, 2013). Corroborando o crescimento da obesidade, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), entre 2021 e 2024 houve um aumento de 42,4% no número de cirurgias bariátricas realizadas no país. No entanto, a maioria desses procedimentos é feito por meio de planos de saúde privados (SBCBM, 2025).

Paralelamente, os tratamentos medicamentosos vêm ganhando espaço, especialmente os análogos ao GLP-1 (Glucagon-like Peptide-1) e GIP (Gastric Inhibitory Polypeptide), originalmente desenvolvidos para o controle do diabetes tipo 2 (Seino; Fukushima; Yabe, 2010). Recentemente, dois novos medicamentos dessa classe foram aprovados especificamente para o tratamento da obesidade (Triggle; Roxby, 2024). A popularização desses fármacos já tem impacto perceptível: nos Estados Unidos, estudos indicam uma redução no número de cirurgias bariátricas simultaneamente ao aumento do uso de análogos ao GLP-1 e ao GIP, devido ao caráter menos invasivo dos medicamentos (Williams et al., 2022). No entanto, ainda não há evidências empíricas suficientes para estabelecer uma relação direta de causa e efeito entre essas tendências.

Apesar do potencial terapêutico, o alto custo desses medicamentos representa uma barreira significativa. Atualmente, eles podem custar até mil dólares por mês (Ippolito & Levy, 2023). Em termos de custo-benefício, a viabilidade a longo prazo ainda é incerta quando comparada aos gastos com cirurgia bariátrica (Edwards et al., 2024; Haseeb et al., 2024). Essa realidade torna o cenário brasileiro distinto do norte-americano. Embora o número de cirurgias tenha diminuído em 2020 por conta da pandemia do Covid-19, os dados apontam uma retomada gradual aos patamares anteriores (SBCBM, 2024).

No Brasil, os análogos ao GLP-1 e ao GIP ainda não estão disponíveis no SUS, e os altos custos dificultam o acesso a um tratamento que exige continuidade e acompanhamento prolongado. Ainda assim, o preço final para o consumidor pode variar, já que os laboratórios chegam a oferecer descontos de até 79% sobre o valor de tabela (Ippolito & Levy, 2023). Além disso, a recente introdução desses medicamentos no mercado sugere uma possível redução de preços nos próximos anos (Barber et al., 2024).

Diferentemente do contexto brasileiro, o Reino Unido já incorporou os análogos ao GLP-1 e ao GIP ao seu sistema público de saúde (NHS), com uso autorizado para adultos que atendam a critérios específicos de IMC (DHSC, 2024). No Brasil, discute-se a inclusão desses medicamentos no SUS como parte de uma política pública de enfrentamento à obesidade. No entanto, o alto custo segue sendo o principal obstáculo (Yoneshigue, 2024), sobretudo considerando que a obesidade já representa um elevado impacto econômico para o sistema de saúde pública (Haseeb et al., 2024).

A partir das informações apresentadas, observa-se que o tratamento medicamentoso para obesidade, especificamente os medicamentos mais recentes, ainda não são acessíveis a grande parte da população brasileira. Nesse contexto, o objetivo deste artigo é identificar os principais desafios e possíveis soluções relacionados ao custo do tratamento da obesidade, sob a perspectiva de profissionais da saúde. Como justificativa, o estudo investiga como os custos dos tratamentos impactam sua adoção no contexto do sistema de saúde brasileiro. A partir da visão de profissionais da área, este artigo apresenta informações que podem apoiar futuras decisões sobre políticas públicas voltadas ao enfrentamento da obesidade no Brasil.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura está dividida em duas partes. A primeira aborda a origem dos medicamentos análogos ao GIP e ao GLP-1, e a segunda apresenta a disseminação do tratamento e seu alto custo.

2.1 Origem do GIP e do GLP-1

O GIP foi o primeiro hormônio incretina identificado, na década de 1970, em estudos que buscavam entender por que a ingestão oral de glicose estimulava uma maior liberação de insulina do que a administração intravenosa (Ranganath et al., 1996). Inicialmente associado à supressão da secreção ácida do estômago, descobriu-se depois seu papel na regulação da glicemia, ao estimular a secreção de insulina de forma dependente da glicose (Marks, 2020). Contudo, a resistência aos efeitos do GIP em pacientes com diabetes tipo 2 limitou seu uso terapêutico isolado, o que levou ao avanço das pesquisas sobre o GLP-1. Este hormônio, estudado a partir do final dos anos 1980, mostrou o potencial terapêutico no tratamento do diabetes tipo 2 (Gutniak et al., 1992) e, em 1996, a capacidade de inibir a ingestão alimentar e regular a saciedade (Turton et al., 1996).

A descoberta de que o hormônio GLP-1 teria o efeito de regular a saciedade teve a parceria da indústria farmacêutica com a empresa Novo Nordisk, que criou no mesmo ano o primeiro hormônio sintético GLP-1 chamado liraglutida (Astrup, 2024). Como o GLP-1 natural tem uma meia-vida muito curta, tornou-se necessário desenvolver análogos sintéticos mais estáveis, com ação prolongada (Hui et al., 2002). Isso levou à criação de medicamentos capazes de imitar a ação do GLP-1, mas com duração muito maior (Astrup, 2024). Em 2004, outro análogo ao GLP-1 foi descoberto, a semaglutida, que atua da mesma forma que a liraglutida porém de forma mais efetiva. Nesse sentido, sua aplicação é feita semanalmente ao invés da dose diária como ocorre com a liraglutida (Astrup et al., 2009; Lincoff et al., 2023).

A partir dos anos de 2010, pesquisadores identificaram que, quando combinado ao GLP-1, o GIP poderia potencializar os efeitos benéficos sobre o metabolismo e o emagrecimento, contribuindo para o tratamento da diabetes tipo 2, com maior redução de peso e melhora na sensibilidade à insulina (Nauck & D'Alessio, 2022). Esses achados culminaram no desenvolvimento da tirzepatida, um análogo duplo de GLP-1 e GIP, que demonstrou efeitos expressivos na redução de peso corporal em estudos clínicos recentes (Karagiannis et al., 2022). Atualmente a tirzepatida também é aprovada para o tratamento de perda de peso e é patenteada por outra empresa da indústria farmacêutica, a Eli Lilly.

2.2 Disseminação do tratamento medicamentoso e seu alto custo

A utilização dos medicamentos análogos aos hormônios incretinas para o tratamento da obesidade foi um importante acontecimento dos últimos anos para a medicina (Lafferty; Flatt; Irwin, 2023). O crescimento das vendas desses medicamentos evidencia a mudança de comportamento da população (Dahlén et al., 2022), que agora busca por alternativas mais eficazes para o emagrecimento. Uma evidência da popularidade desse tratamento é a receita anual das duas principais potências farmacêuticas dessa classe de medicamentos, ilustrada na Figura 1. A figura mostra a evolução da receita de 2018 a 2024 das empresas Eli Lilly, dona da patente da tirzepatida, e Novo Nordisk, dona da patente da liraglutida e semaglutida. Os dados foram obtidos através dos relatórios financeiros das duas empresas.

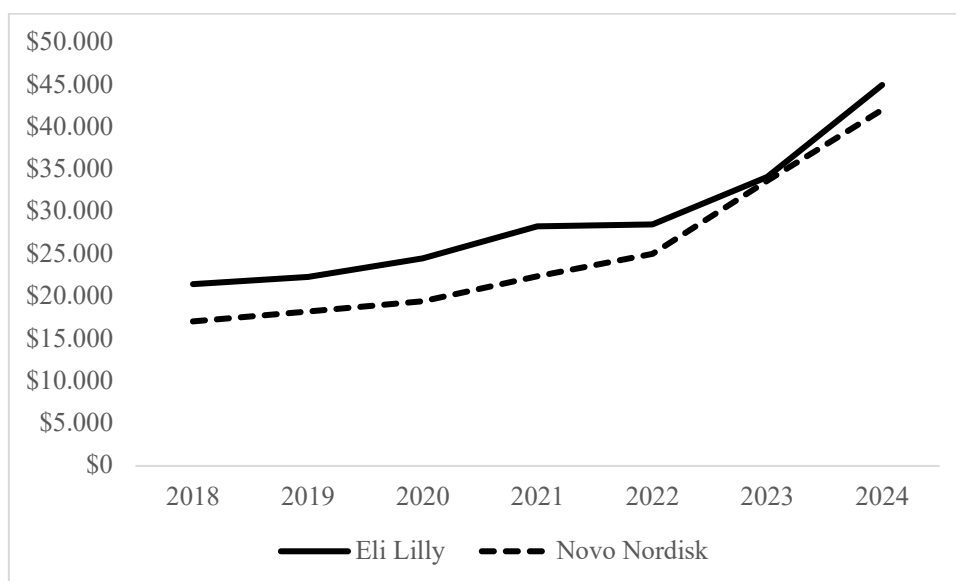


Figura 1. Receita em milhões de dólares

Fonte: adaptado de Eli Lilly (2025), Novo Nordisk (2025a) e Novo Nordisk (2022).

É importante ressaltar que os medicamentos análogos GLP-1 e GIP só foram aprovados para o tratamento contra a obesidade a partir de 2014. O primeiro a ser aprovado foi a liraglutida, tendo recebido autorização do FDA (Food and Drug Administration) dos Estados Unidos em 2014 (Myerson & Paparodis, 2024) e da EMA (European Medicines Agency) em 2015 (Gomez Espinosa; Stewart; Koufopoulou, 2024). No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou o uso da liraglutida para obesidade em 2022 (Brasil, 2022). A semaglutida foi aprovada pela FDA em 2021 e, posteriormente, pela EMA em 2022 (Lafferty; Flatt; Irwin, 2023). No Brasil, a Anvisa aprovou o uso da semaglutida para obesidade em janeiro de 2023.

Outro avanço importante foi a aprovação da tirzepatida, o análogo duplo dos receptores de GLP-1 e GIP. Inicialmente, também era autorizada para o tratamento do diabetes tipo 2 nos Estados Unidos, obtendo aprovação para obesidade em 2023 (Myerson & Paparodis, 2024). Na Europa, a indicação para obesidade segue em processo de avaliação, apesar da liberação prévia para diabetes (Gomez Espinosa; Stewart; Koufopoulou, 2024). No Brasil, a Anvisa aprovou a tirzepatida em 2025 (Brasil, 2025a). Vale destacar que os três medicamentos já eram comercializados anteriormente, com indicação exclusiva para diabetes tipo 2 (Drucker, 2025).

A utilização desses fármacos, no entanto, é dificultada pelo seu alto custo (Ippolito & Levy, 2023). O Quadro 1 apresenta o preço máximo ao consumidor desses medicamentos no Brasil divulgado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) de junho de 2025 (Brasil, 2025b). É possível identificar, através dos preços, que a liraglutida é a que possui o menor preço, seguida da semaglutida. A tirzepatida, por sua vez, possui o maior preço. Além disso, dependendo da dose do paciente, o tratamento pode se tornar ainda mais caro.

Na maioria dos países, os sistemas públicos de saúde e os planos privados ainda não oferecem cobertura ampla para essas terapias quando o objetivo é o controle do peso, limitando seu uso principalmente a pacientes com maior poder aquisitivo (Cutler, 2024). Essa situação reforça desigualdades no acesso ao tratamento da obesidade e levanta debates sobre políticas de reembolso, regulação e priorização no cuidado à saúde pública.

Substância	Dose	Preço máximo ao consumidor sem imposto (R\$)	Custo mensal sem imposto (dose mínima de aplicação – R\$)
Liraglutida	6mg/ml x 3ml (1 sistema de aplicação)	266,10	266,10
	6mg/ml x 3ml (3 sistemas de aplicação)	798,37	266,10
	6mg/ml x 3ml (5 sistemas de aplicação)	1330,65	266,10
Semaglutida	0,68mg/ml x 1,5ml (1 sistema de aplicação)	980,63	245,15
	1,34mg/ml x 1,5ml (1 sistema de aplicação)	980,63	245,15
	1,34mg/ml x 3ml (1 sistema de aplicação)	980,63	245,15
	2,27mg/ml x 3ml (1 sistema de aplicação)	1.468,89	367,22
	3,2mg/ml x 3ml (1 sistema de aplicação)	1.889,30	472,32
	5 mg/ml x 0,5 ml (2 sistemas de aplicação)	1.437,85	2.875,70
	5 mg/ml x 0,5 ml (4 sistemas de aplicação)	2.875,70	2.875,70
Tirzepatida	10 mg/ml x 0,5 ml (2 sistemas de aplicação)	1.437,85	2.875,70
	10 mg/ml x 0,5 ml (4 sistemas de aplicação)	2.875,70	2.875,70
	15 mg/ml x 0,5 ml (2 sistemas de aplicação)	1.437,85	2.875,70
	15 mg/ml x 0,5 ml (4 sistemas de aplicação)	2.875,70	2.875,70
	20 mg/ml x 0,5 ml (2 sistemas de aplicação)	1.437,85	2.875,70
	20 mg/ml x 0,5 ml (4 sistemas de aplicação)	2.875,70	2.875,70
	25 mg/ml x 0,5 ml (2 sistemas de aplicação)	1.437,85	2.875,70
	25 mg/ml x 0,5 ml (4 sistemas de aplicação)	2.875,70	2.875,70

Quadro 1. Preço Máximo ao Consumidor (PMC) para liraglutida, semaglutida e tirzepatida

Fonte: adaptado de Brasil (2025), Novo Nordisk (2025b, 2025c) e Eli Lilly (2025b)

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa foi realizada com dados qualitativos através de entrevistas com seis médicos endocrinologistas que atuam em Porto Alegre. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, visto que é uma técnica que investiga o comportamento e a subjetividade humana (Gil, 2008). As entrevistas foram aplicadas entre os meses de maio e junho de 2025 e o estudo foi dividido em três etapas. As etapas previstas para o desenvolvimento deste trabalho foram: (i) Desenvolvimento do roteiro de entrevistas; (ii) Seleção dos entrevistados e aplicação das entrevistas; e (iii) Transcrição e análise das entrevistas.

3.1 Etapa 1: desenvolvimento do roteiro de entrevistas

Foi utilizada as diretrizes propostas por Guazi (2021): delimitação de um conjunto de questões, envio do roteiro para avaliação de colegas e especialistas, realização de uma entrevista-teste e incorporação das alterações necessárias. O roteiro foi composto por uma pergunta introdutória para compreender o perfil do profissional, quatro perguntas abertas sobre o tema do estudo e uma última pergunta para comentários adicionais que o entrevistado desejasse acrescentar. As quatro perguntas centrais foram:

1. Quais são os principais desafios que você observa em relação à acessibilidade dos tratamentos para a obesidade, especialmente devido ao custo?
2. Como o custo dos tratamentos para obesidade afeta a adesão dos pacientes ao plano de tratamento e o acompanhamento ao longo do tempo?
3. Quais alternativas ou soluções você acredita que poderiam ser adotadas para tornar os tratamentos para a obesidade mais acessíveis aos pacientes?
4. Que mudanças você acredita que deveriam ser implementadas no sistema de saúde (público e privado) para melhorar o acesso dos pacientes aos tratamentos para obesidade, especialmente em relação ao custo?

3.2 Etapa 2: seleção dos entrevistados e aplicação das entrevistas

Com o roteiro de entrevista pronto, foi realizada a etapa das entrevistas. Essa etapa também seguiu as diretrizes propostas por Guazi (2021), havendo a seleção dos potenciais entrevistados por conveniência, o contato com os mesmos e, posteriormente, o agendamento das entrevistas. Além disso, as entrevistas foram realizadas de forma online e gravadas para análise dos dados. O Quadro 2 mostra o perfil dos profissionais entrevistados.

Profissionais	Gênero	Área de atuação	Anos de atuação
P1	Feminino	Endocrinologista Pediátrica	6 anos
P2	Feminino	Endocrinologista Pediátrica	11 anos
P3	Feminino	Endocrinologista	4 anos
P4	Masculino	Endocrinologista	7 anos
P5	Feminino	Endocrinologista	7 anos
P6	Feminino	Endocrinologista	1 ano

Quadro 2. Perfil dos Entrevistados

Fonte: Elaborado pelos autores

3.3 Etapa 3: transcrição e análise das entrevistas

As transcrições foram realizadas a partir das gravações das entrevistas aplicadas. Foi utilizada a ferramenta de transcrição de um editor de texto online nessa primeira parte da etapa. Para a análise das entrevistas, foi utilizada uma planilha eletrônica, com a categorização dos principais desafios e principais soluções do tratamento medicamentoso para a obesidade respondidas pelos entrevistados.

4 RESULTADOS

Os resultados das análises das entrevistas foram divididos em três subseções, sendo a primeira destinada aos desafios encontrados pelo custo do tratamento medicamentoso da obesidade, a segunda destinada às soluções associadas a esses desafios e a terceira à discussão dos resultados.

4.1 Desafios do tratamento medicamentoso

A partir das entrevistas realizadas com médicos endocrinologistas, foi possível identificar as principais barreiras enfrentadas no tratamento da obesidade. A mais recorrente entre os entrevistados foi a dificuldade de manter o tratamento em razão do alto custo (P1, P2, P3, P4, P5 e P6). Muitos pacientes conseguem arcar com os valores nos primeiros meses; no entanto, acabam interrompendo o uso da medicação diante de imprevistos no orçamento familiar (P4). Como se trata de um tratamento crônico, o uso contínuo do medicamento deve ser incorporado à rotina dos pacientes por tempo indeterminado. Segundo os profissionais consultados, a interrupção do uso leva, na maioria dos casos, ao reganho de peso. Além disso, muitos pacientes já demonstram desmotivação antes mesmo de iniciar o tratamento ao descobrirem que ele é de longo prazo (P1).

Ainda no que diz respeito à acessibilidade, os entrevistados destacaram que o custo do tratamento é inviável para grande parte da população (P1, P2, P3, P4, P5 e P6). Atualmente, ele não é oferecido pelo SUS e nem é coberto pelos planos de saúde, e o preço praticado pela indústria farmacêutica ultrapassa meio salário-mínimo por mês (P1, P3 e P6). Esse valor tende a aumentar com o tempo, já que a elevação da dose ao longo do tratamento exige a compra do medicamento com maior frequência (P4 e P5).

A influência da indústria farmacêutica também foi apontada pelos profissionais como um dos desafios no tratamento da obesidade (P2, P6). Atualmente, há poucas opções de marcas disponíveis, o que concentra o mercado nas mãos de duas grandes empresas: Novo Nordisk e Eli Lilly. Ambas detêm as patentes dos principais medicamentos utilizados, o que limita a concorrência e contribui para a manutenção de preços elevados. Além disso, o domínio dessas empresas sobre o mercado dificulta a entrada de novos laboratórios, reduzindo as possibilidades de acesso a versões mais acessíveis dos medicamentos.

Outro obstáculo relevante mencionado pelos entrevistados foi o preconceito em relação ao uso de medicamentos no tratamento da obesidade (P1, P6). Muitas vezes, esses fármacos são vistos como um "atalho" no processo de emagrecimento, o que desvaloriza sua importância clínica. A banalização do uso também tem se tornado um problema, sendo os medicamentos frequentemente chamados de "canetas emagrecedoras" pela população. Um dos profissionais entrevistados destacou que esse apelido pejorativo contribui para a desinformação e reduz a seriedade com que o tratamento deve ser encarado (P1).

Alguns desafios que não foram comentados pelos entrevistados, mas foram identificados na literatura, são a escassez de medicamentos nas farmácias devido a alta procura e a venda de medicamentos falsificados. Em relação a escassez nas farmácias, mesmo com o alto preço, a popularização do fármaco comprometeu a acessibilidade ao tratamento de pacientes que fazem o tratamento contínuo do medicamento, principalmente depois da sua aprovação contra a obesidade (Altabas; Orlović; Baretić, 2025). Além disso, essa alta demanda incentiva a manutenção dos

preços em patamares elevados. Paralelamente, a falsificação dos medicamentos é uma prática que coloca em risco a saúde dos pacientes que buscam preços mais baixos, pois são vendidos ilegalmente sem prescrição médica e sem aprovação de um órgão de regulamentação (Altabas; Orlović; Baretić, 2025).

4.2 Possíveis soluções para a acessibilidade do tratamento medicamentoso

As soluções propostas pelos profissionais entrevistados foram diversas. No que diz respeito à ampliação da acessibilidade ao tratamento, foi mencionado o programa de descontos oferecido pelas próprias indústrias farmacêuticas (P1). Tanto a Novo Nordisk quanto a Eli Lilly disponibilizam reduções no preço dos medicamentos para pacientes que se cadastrem em seus sites. No entanto, uma das profissionais sugeriu que esse benefício fosse progressivo, aumentando conforme o tempo de uso contínuo dos medicamentos (P1). O objetivo seria incentivar a adesão ao tratamento de longo prazo, característica essencial no controle da obesidade.

Ainda com foco na permanência dos pacientes no tratamento, outro profissional propôs a padronização do preço, independentemente da dose utilizada (P4). Como o ajuste de dose é uma etapa comum e necessária, especialmente nos estágios mais avançados do tratamento, essa estratégia evitaria o aumento proporcional dos custos para o paciente, reduzindo a taxa de abandono por motivos financeiros. Duas profissionais enfatizaram a importância da quebra das patentes como medida fundamental para ampliar a concorrência e, conseqüentemente, reduzir os preços (P2, P6). Segundo elas, a entrada de novos laboratórios no mercado permitiria o desenvolvimento de versões mais acessíveis à população.

Em relação a políticas públicas, alguns profissionais (P1, P3, P5) destacaram a relevância de incluir os medicamentos para obesidade no programa de acesso a medicamentos especiais do governo, por meio do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Dessa forma, pacientes com indicação clínica poderiam ter acesso gratuito ao tratamento. Apesar do custo inicial para o sistema público de saúde, os profissionais argumentaram que essa medida resultaria, a médio e longo prazo, em economia para o governo, por meio da redução das complicações associadas à obesidade, como diabetes tipo 2, hipertensão e doenças cardiovasculares.

Outras propostas mencionadas, ainda no âmbito das políticas públicas, incluem a taxação de alimentos ultraprocessados e o fortalecimento da educação alimentar nas escolas (P2). Embora essas ações não atuem diretamente sobre o preço dos medicamentos, são estratégias preventivas fundamentais para conter o avanço da obesidade na população. Ao promover hábitos alimentares saudáveis desde a infância e desestimular o consumo de produtos prejudiciais à saúde, essas medidas podem contribuir significativamente para a redução da população com obesidade, segundo mencionado por uma das profissionais entrevistadas.

No âmbito da iniciativa privada, os profissionais destacaram a importância de que os planos de saúde passem a incluir a cobertura dos medicamentos utilizados no tratamento da obesidade (P4, P6). Um dos entrevistados apontou que muitos pacientes acabam optando pela cirurgia bariátrica, procedimento de maior complexidade, simplesmente porque é coberto pelos convênios e pelo SUS, ao contrário da terapia medicamentosa, que permanece sendo uma despesa exclusiva do paciente (P4).

Nesse sentido, os profissionais argumentaram que a inclusão dos medicamentos na cobertura dos planos de saúde poderia ser uma medida não apenas mais equitativa, mas também mais eficiente do ponto de vista econômico. O

tratamento medicamentoso, ao ser utilizado de forma precoce e contínua, pode evitar a progressão da obesidade e o desenvolvimento de doenças crônicas associadas. Dessa forma, além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, haveria uma redução significativa nos custos futuros com internações, exames, procedimentos e outras intervenções médicas mais complexas.

Para os desafios relacionados à escassez de medicamentos nas farmácias que compromete o uso contínuo dos pacientes, a literatura sugere que a indústria garanta o abastecimento através de estudos de previsão de demanda e que a venda desses fármacos exija prescrição médica (Altabas; Orlović; Baretić, 2025). Em relação à falsificação e sua venda ilegal, a WHO salienta a importância de comprar os medicamentos apenas em farmácias licenciadas, que garantam a segurança e a legitimidade do medicamento (WHO, 2024b).

4.3 Discussão dos Resultados

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que o principal desafio enfrentado pelos pacientes no tratamento medicamentoso da obesidade é a sua dificuldade de manutenção a longo prazo. Embora os pacientes consigam iniciar o tratamento, a continuidade é comprometida por imprevistos financeiros, desmotivação diante da cronicidade do uso e, sobretudo, pelo alto custo dos medicamentos, que em muitos casos ultrapassa meio salário-mínimo mensal (Brasil, 2025). Como solução ao problema destacado, os profissionais sugeriram a criação de programas de descontos mais progressivos e a padronização dos preços independentemente da dose aplicada.

A ausência de cobertura pelos planos de saúde e a não incorporação desses medicamentos ao Sistema Único de Saúde (SUS) também contribuem para a falta de acessibilidade ao tratamento, restringindo o acesso a uma parcela privilegiada. Em contrapartida, a cirurgia bariátrica é uma alternativa gratuita oferecida pelo setor público e pelo setor privado, evidenciando que ainda é preferível um tratamento mais complexo e invasivo do que um tratamento medicamentoso que poderia prevenir a progressão da doença. Além disso, o alto custo do tratamento leva os pacientes a procurarem opções mais baratas, incentivando a comercialização de produtos falsificados que podem gerar riscos à saúde desses pacientes. Nesse sentido, é importante que a compra seja feita apenas em farmácias licenciadas.

Diante disso, no setor público, a incorporação dos medicamentos ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) seria um avanço significativo na garantia do direito à saúde para pacientes com obesidade. No setor privado, a ampliação da cobertura pelos planos de saúde são estratégias que podem aumentar a adesão e diminuir o abandono do tratamento.

Outro ponto importante identificado foi o domínio de mercado por apenas duas empresas farmacêuticas, Novo Nordisk e Eli Lilly, que detêm as patentes dos principais medicamentos e controlam seus preços. Esse oligopólio limita a concorrência, encarece o tratamento e dificulta o desenvolvimento de alternativas mais acessíveis. Os profissionais entrevistados apontaram a quebra de patentes como uma medida necessária para democratizar o acesso e reduzir os custos.

Também foi observada uma banalização do tratamento medicamentoso, com os medicamentos sendo frequentemente chamados de “canetas emagrecedoras”. Essa abordagem pejorativa, minimiza o tratamento e contribui para o estigma associado à obesidade e ao uso de fármacos. A popularização do tratamento também teve consequências na sua acessibilidade, visto que a alta procura resultou em escassez nas prateleiras e afetou o uso contínuo dos medicamentos. A venda apenas com prescrição médica é uma solução para minimizar a falta desses fármacos.

Complementarmente, medidas de prevenção como a taxaço de alimentos ultraprocessados e a educa  o alimentar nas escolas foram destacadas como fundamentais para conter o avanço da obesidade no país. Embora essas ações não atuem diretamente sobre o preço dos medicamentos, têm potencial para reduzir a demanda futura por tratamentos clínicos e farmacológicos. O Quadro 3 sintetiza os desafios e soluções propostos pelos profissionais.

Desafios	Soluções
Dificuldade de manuten��o do tratamento	Descontos progressivos oferecidos pelos laboratórios pelo tempo de uso do medicamento
Preço mensal ultrapassa meio s��l��rio-mínimo	
Doses maiores tornam o tratamento mais caro	Padroniza��o dos preços independentemente da dose aplicada
Patentes da liraglutida, semaglutida e tirzeparida que controlam os preços	Quebra de patente para a entrada de novos laboratórios no mercado
Ausência de iniciativas públicas e privadas Banaliza��o do tratamento	Incorporac��o dos medicamentos ao PCDT
	Taxa��o dos alimentos ultraprocessados
	Educa��o alimentar nas escolas
	Cobertura do tratamento pelos planos de saúde
Escassez de medicamentos nas farmácias	Estudos de previsão de demandas por parte da indústria
	Venda sob prescri��o médica
Venda de medicamentos falsos	Compra apenas em farmácias licenciadas

Quadro 3. Principais desafios e soluções do tratamento

Fonte: Elaborado pelos autores

5 CONCLUSÃO

O estudo teve como objetivo compreender os principais desafios e possíveis soluções relacionadas ao custo do tratamento medicamentoso da obesidade no Brasil, a partir da perspectiva de profissionais da saúde. Com base nas entrevistas realizadas com médicos endocrinologistas e na literatura, foi possível identificar que, apesar do avanço científico e da eficácia clínica dos medicamentos análogos ao GLP-1 e GIP no controle da obesidade, o acesso a esses tratamentos ainda é restrito devido ao seu alto custo e    ausência de cobertura tanto pelo SUS quanto pelos planos de saúde privados.

A continuidade do tratamento, fundamental para a obten  o de resultados clínicos eficazes, é frequentemente comprometida por limitações financeiras dos pacientes. Esse cenário é agravado por diversos fatores, como a concentra  o do mercado em poucas empresas, o preconceito associado ao uso de medicamentos para emagrecimento e a banaliza  o do tratamento. Soma-se a isso a escassez dos fármacos nas farmácias, impulsionada por sua crescente populariza  o, além da

circulação de medicamentos falsificados a preços reduzidos, o que intensifica os desafios enfrentados nesse tratamento.

Por outro lado, foram apontadas soluções como a quebra de patentes, a inclusão dos medicamentos no PCDT do SUS, a padronização de preços, a venda sob prescrição médica, a compra de medicamentos em farmácias licenciadas e a ampliação da cobertura pelos convênios, além de medidas de prevenção baseadas em educação alimentar e regulação do consumo de alimentos ultraprocessados. Sendo assim, os achados apontaram para a necessidade de uma abordagem que una políticas públicas, regulação do mercado e mudanças culturais. Como limitação do trabalho, destaca-se a quantidade reduzida de entrevistas. Além disso, não foram consideradas opiniões de usuários do tratamento medicamentoso. Para trabalhos futuros, sugere-se uma abordagem quantitativa para compreender o impacto econômico com a inclusão do tratamento medicamentoso aos gastos em saúde do Brasil.

REFERÊNCIAS

- Altabas, Velimir; ORLOVIĆ, Zrinka; BARETIĆ, Maja. Addressing the Shortage of GLP-1 RA and Dual GIP/GLP-1 RA-Based Therapies—A Systematic Review. **Diabetology**, v. 6, n. 6, p. 52, 5 jun. 2025.
- Astrup, A., Rössner, S., Van Gaal, L., Rissanen, A., Niskanen, L., Al Hakim, M., Madsen, J., Rasmussen, M. F., Lean, M. E., & NN8022-1807 Study Group (2009). Effects of liraglutide in the treatment of obesity: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. **Lancet** (London, England), 374(9701), 1606–1616. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61375-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61375-1)
- Astrup A. (2024). Reflections on the discovery GLP-1 as a satiety hormone: Implications for obesity therapy and future directions. **European journal of clinical nutrition**, 78(7), 551–556. <https://doi.org/10.1038/s41430-024-01460-6>
- Barber, M. J., Gotham, D., Bygrave, H., & Cepuch, C. (2024). Estimated Sustainable Cost-Based Prices for Diabetes Medicines. **JAMA network open**, 7(3), e243474. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.3474>
- Brasil (2013). Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. **Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html>. Acesso em: 28 de jun. de 2025.
- Brasil (2022). **Liraglutida é aprovada como tratamento auxiliar para o controle do peso em adultos**. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2016/liraglutida-e-aprovada-como-tratamento-auxiliar-para-o-controle-do-peso-em-adultos>> Acesso em: 19 de jun. 2025.
- Brasil (2023). **Wegovy (semaglutida)**. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-e-indicacoes/wegovy->

semaglutida> Acesso em: 19 de jun. 2025.

Brasil (2025a). **Mounjaro (tirzepatida): nova indicação**. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-e-indicacoes/mounjaro-r-tirzepatida-nova-indicacao>> Acesso em: 19 de jun. 2025.

Brasil (2025b). **Listas de preços de medicamentos**. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos>> Acesso em: 20 de jun. 2025.

Cutler D. M. (2024). The Pathology of US Health Care-The Example of Weight Loss Medications. **JAMA health forum**, 5(8), e243052. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2024.3052>

Dahlén, A. D., Dashi, G., Maslov, I., Attwood, M. M., Jonsson, J., Trukhan, V., & Schiöth, H. B. (2022). Trends in Antidiabetic Drug Discovery: FDA Approved Drugs, New Drugs in Clinical Trials and Global Sales. **Frontiers in pharmacology**, 12, 807548. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.807548>

DHSC (2023). **Accessing Wegovy for weight loss: Everything you need to know - Department of Health and Social Care Media Centre**. Disponível em: <<https://healthmedia.blog.gov.uk/2023/09/04/accessing-wegovy-for-weight-loss-everything-you-need-to-know/>>. Acesso em 21 jun. 2025.

Drucker, D. J. GLP-1-based therapies for diabetes, obesity and beyond. **Nature Reviews Drug Discovery**, 25 abr. 2025.

Edwards, M. A., Wall-Wieler, E., Liu, Y., Zheng, F., & Coviello, A. (2024). Out-of-Pocket Costs among Commercially Insured Individuals with type 2 Diabetes and Obesity: Comparison between Ozempic and Sleeve Gastrectomy. **Annals of surgery**. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000006353>

Eli Lilly (2025a). **Financial information**. Disponível em: <<https://investor.lilly.com/financial-information/fundamentals/income-statement>> Acesso em: 19 de jun. 2025.

Eli Lilly (2025b). Mounjaro (tirzepatida) – bula do produto. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. Disponível em: <<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=112600202>>. Acesso em: 19 de jun. 2025.

Nilson, E. A. F. & Rezende, L. F. M. (2024). | **Incident cases and deaths attributable to overweight and obesity in Brazil until 2044**.

Gil, A. C. **Métodos e Técnicas da Pesquisa Social**. 6. ed. Editora, cidade, número de páginas.

Gomez Espinosa, E., Stewart, F., Koufopoulou, M. (2024). HPR116 Expediting Reimbursement and Access for Novel Drug Indications in Europe: A Case Study on Glucagon-Like Peptide 1 (GLP-1) Agonists. **Value in Health**, v. 27, n. 12, p.

S297–S298, dez. 2024.

Guazi, T. S. Diretrizes para o uso de entrevistas semiestruturadas em investigações científicas. **Revista Educação, Pesquisa e Inclusão**, v. 2, 16 dez. 2021.

Gutniak, M., Orskov, C., Holst, J. J., Ahrén, B., & Efendic, S. (1992). Antidiabetogenic effect of glucagon-like peptide-1 (7-36)amide in normal subjects and patients with diabetes mellitus. **The New England journal of medicine**, 326(20), 1316–1322. <https://doi.org/10.1056/NEJM199205143262003>

Haseeb, M., Chhatwal, J., Xiao, J., Jirapinyo, P., & Thompson, C. C. (2024). Semaglutide vs Endoscopic Sleeve Gastroplasty for Weight Loss. **JAMA network open**, 7(4), e246221. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.6221>

Hui, H., Farilla, L., Merkel, P., & Perfetti, R. (2002). The short half-life of glucagon-like peptide-1 in plasma does not reflect its long-lasting beneficial effects. **European journal of endocrinology**, 146(6), 863–869. <https://doi.org/10.1530/eje.0.1460863>

Ippolito, B. N. & Levy, J. F. (2023). **Estimating the Cost of New Treatments for Diabetes and Obesity**.

Karagiannis, T., Avgerinos, I., Liakos, A., Del Prato, S., Matthews, D. R., Tsapas, A., & Bekiari, E. (2022). Management of type 2 diabetes with the dual GIP/GLP-1 receptor agonist tirzepatide: a systematic review and meta-analysis. **Diabetologia**, 65(8), 1251–1261. <https://doi.org/10.1007/s00125-022-05715-4>

Kreymann, B., Williams, G., Ghatei, M. A., & Bloom, S. R. (1987). Glucagon-like peptide-1 7-36: a physiological incretin in man. **Lancet** (London, England), 2(8571), 1300–1304. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(87\)91194-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(87)91194-9)

Lafferty, R. A., Flatt, P. R., & Irwin, N. (2023). GLP-1/GIP analogs: potential impact in the landscape of obesity pharmacotherapy. **Expert opinion on pharmacotherapy**, 24(5), 587–597. <https://doi.org/10.1080/14656566.2023.2192865>

Lincoff, A. M., Brown-Frandsen, K., Colhoun, H. M., Deanfield, J., Emerson, S. S., Esbjerg, S., Hardt-Lindberg, S., Hovingh, G. K., Kahn, S. E., Kushner, R. F., Lingvay, I., Oral, T. K., Michelsen, M. M., Plutzky, J., Tornøe, C. W., Ryan, D. H., & SELECT Trial Investigators (2023). Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes. **The New England journal of medicine**, 389(24), 2221–2232. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2307563>

Marks, V. The early history of GIP 1969–2000: From enterogastrone to major metabolic hormone. **Peptides**, v. 125, p. 170276, mar. 2020.

Myerson, M., & Paparodis, R. D. (2024). Pharmacotherapy of Weight-loss and Obesity with a Focus on GLP 1-Receptor Agonists. *Journal of clinical pharmacology*, 64(10), 1204–1221. <https://doi.org/10.1002/jcph.2487>

Nauck, M. A., & D'Alessio, D. A. (2022). Tirzepatide, a dual GIP/GLP-1 receptor co-agonist for the treatment of type 2 diabetes with unmatched effectiveness regarding glycaemic control and body weight reduction. **Cardiovascular diabetology**, 21(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s12933-022-01604-7>

Novo Nordisk (2022). **Anual Report**. Disponível em: <https://www.novonordisk.com/content/dam/nncorp/global/en/investors/irmaterial/annual_report/2022/novo-nordisk-annual-report-2021.pdf> Acesso em: 19 de jun. 2025.

Novo Nordisk (2025a). **Anual Report**. Disponível em: <https://www.novonordisk.com/content/dam/nncorp/global/en/investors/irmaterial/annual_report/2025/novo-nordisk-annual-report-2024.pdf> Acesso em: 19 de jun. 2025.

Novo Nordisk (2025b). Saxenda (liraglutida) – bula do produto. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. Disponível em: <<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=117660032>>. Acesso em: 19 de jun. 2025.

Novo Nordisk (2025c). Wegovy (semaglutida) – bula do produto. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. Disponível em: <<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=117660039>>. Acesso em: 19 de jun. 2025.

Ranganath, L. R., Beety, J. M., Morgan, L. M., Wright, J. W., Howland, R., & Marks, V. (1996). Attenuated GLP-1 secretion in obesity: cause or consequence?. **Gut**, 38(6), 916–919. <https://doi.org/10.1136/gut.38.6.916>

SBCBM (2025). **CFM publica resolução que estabelece novos parâmetros para a cirurgia bariátrica e metabólica no Brasil**. Disponível em <<https://sbcbm.org.br/cfm-publica-resolucao-que-estabelece-novos-parametros-para-a-cirurgia-bariatrica-e-metabolica-no-brasil/>>. Acesso em 10 jun. 2025.

Seino, Y., Fukushima, M., & Yabe, D. (2010). GIP and GLP-1, the two incretin hormones: Similarities and differences. **Journal of diabetes investigation**, 1(1-2), 8–23. <https://doi.org/10.1111/j.2040-1124.2010.00022.x>

Turton, M. D., O'Shea, D., Gunn, I., Beak, S. A., Edwards, C. M., Meeran, K., Choi, S. J., Taylor, G. M., Heath, M. M., Lambert, P. D., Wilding, J. P., Smith, D. M., Ghatei, M. A., Herbert, J., & Bloom, S. R. (1996). A role for glucagon-like peptide-1 in the central regulation of feeding. **Nature**, 379(6560), 69–72. <https://doi.org/10.1038/379069a0>

Williams, D. M., Staff, M., Bain, S. C., & Min, T. (2022). Glucagon-like Peptide-1 Receptor Analogues for the Treatment of Obesity. **TouchREVIEWS in endocrinology**, 18(1), 43–48. <https://doi.org/10.17925/EE.2022.18.1.43>

WHO (2024a). **Obesity and overweight**. Disponível em: <<https://www.who.int/news->

room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em 19 jun. 2025

WHO (2024b). **WHO issues warning on falsified medicines used for diabetes treatment and weight loss**. Disponível em < www.who.int/news/item/20-06-2024-who-issues-warning-on-falsified-medicines-used-for-diabetes-treatment-and-weight-loss > Acesso em 05 de jul. 2025.

Yoneshigue, B. **Planos de saúde e SUS devem ofertar Ozempic aos pacientes? Veja regras e riscos do remédio que virou febre**. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/saude/medicina/noticia/2023/04/febre-ozempic-busca-por-cobertura-pelo-plano-de-saude-salta-550percent-veja-a-regra-como-o-remedio-funciona-e-os-riscos.ghtml>>. Acesso em: 21 jun. 2025.