



A EFICIÊNCIA FISCAL DA FARMACOTERAPIA INOVADORA: OZEMPIC E MOUNJARO SERIAM CAPAZES DE REDUZIR OS CUSTOS COM BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA NO RGPS?

THE FISCAL EFFICIENCY OF INNOVATIVE PHARMACOTHERAPY: COULD OZEMPIC AND MOUNJARO REDUCE TEMPORARY DISABILITY BENEFIT COSTS IN THE RGPS?

JONATHAN BARROS VITA¹

CAIO TOGNI DE CARVALHO²

IGOR STELMASTCHUK NOGARI³

Recebido: 22.04.2026

Aceito: 22.06.2026

DOI: 10.23925/2596-3333.v1n1.76019

RESUMO

O presente artigo investiga a eficiência fiscal da incorporação de farmacoterapias inovadoras, especificamente os agonistas do receptor GLP-1 (Semaglutida e Tirzepatida),

¹ Mestre e Doutor em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) e Mestre em Segundo Nível em Direito Tributário da Empresa pela Universidade Comercial Luigi Bocconi, Milão/Itália. Estágio de pós-doutorado como Senior visiting research fellow na WU (Wirtschaftsuniversität Wien), Viena/Áustria. Especialista em Direito Tributário pelo Instituto Brasileiro de Estudos Tributários (IBET/SP), Coordenador e Professor Titular do Mestrado e Doutorado em Direito da UNIMAR. Editor da Revista Argumentum, Qualis B1 (ojs.unimar.br). Professor de diversos cursos de graduação no Brasil e exterior. Diretor da ABDF/IFA Brasil. Conselheiro do Conselho Municipal de Tributos de São Paulo. Ex- conselheiro do CARF, Conselho Administrativo de Recursos Fiscais. Ex-Juiz do Tribunal de Impostos e Taxas do Estado de São Paulo. Ex-Secretário da Comissão Especial de Direito Tributário do Conselho Federal da OAB. Advogado, Consultor Jurídico e Contador.

² Possui graduação em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2012). Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direito do Trabalho, Civil e Previdenciário. Possui pós-graduação em Direito Empresarial junto à Universidade Anhanguera e em Direito e Prática Previdenciária junto à UniBF. Foi professor universitário do curso de Direito da Faculdade Gamaliel, em Tucuruí (PA), e membro suplente do Comitê Técnico-Científico da mesma. Hoje é Oficial de Justiça Avaliador Federal junto ao Tribunal Regional do Trabalho da 15 Região e Mestrando em Direito junto à Universidade de Marília (Unimar).

³ Médico formado pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), com atuação em saúde mental e atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Experiência em cuidado de pacientes com transtornos mentais, elaboração e condução de planos terapêuticos e articulação com serviços de atenção primária e especializados. Perito Federal Previdenciário, responsável por avaliações médico-periciais para concessão de benefícios e emissão de pareceres técnicos. Possui deficiência visual baixa visão severa em decorrência da síndrome de Stargardt. Interesse em ensino, capacitação profissional e pesquisas aplicadas à saúde mental e políticas públicas de saúde.



como estratégia para a mitigação dos custos previdenciários no Regime Geral de Previdência Social (RGPS). O problema de pesquisa aborda o elevado impacto financeiro das incapacidades laborais decorrentes de comorbidades associadas à obesidade, especialmente as cardiovasculares, musculoesqueléticas e metabólicas, que, segundo estimativa realizada, geraram um dispêndio direto de R\$ 748,64 milhões ao fundo previdenciário no ano de 2024 com benefícios por incapacidade temporária. O objetivo geral é demonstrar, sob a ótica da Análise Econômica do Direito (AED), a viabilidade atuarial e a coerência intersistêmica do investimento estatal em tais medicamentos. A metodologia adotada se pautou no método empírico-dialético, operacionalizado por meio de revisão bibliográfica e levantamento de dados junto ao Anuário e ao Boletim Estatístico da Previdência Social. Os resultados indicam que a eficácia clínica dos fármacos, capaz de reduzir riscos cardiovasculares e sobrecarga mecânica, projeta uma economia fiscal potencial de R\$ 154,98 milhões anuais. Tal projeção traz uma possível evidência de que a adoção dessa política pública atende aos princípios da eficiência alocativa e da maximização da riqueza social, promovendo a sustentabilidade do sistema através da governança preditiva dos riscos sociais.

Palavras-Chave: Custo Previdenciário da Obesidade; Semaglutida e Tirzepatida; Sustentabilidade Atuarial; Benefícios por Incapacidade Laboral.

ABSTRACT

This article examines the fiscal efficiency of incorporating innovative drug therapies, specifically GLP-1 receptor agonists (semaglutide and tirzepatide), as a strategy for mitigating social security costs in the General Social Security System (RGPS). The research problem addresses the high financial impact of work-related disabilities resulting from comorbidities associated with obesity, particularly cardiovascular, musculoskeletal, and metabolic conditions, which, according to estimates, generated a direct expenditure of R\$ 748.64 million for the social security fund in 2024 in the form of temporary disability benefits. The overall objective is to demonstrate, from the perspective of Economic Analysis of Law (EAL), the actuarial feasibility and intersystemic coherence of state investment in such medications. The methodology adopted was based on the empirical-dialectical method, operationalized through a literature review and data collection from the Social Security Yearbook and Statistical Bulletin. The results indicate that the clinical efficacy of the drugs, capable of reducing cardiovascular risks and mechanical overload, projects a potential fiscal savings of R\$ 154.98 million annually.



This projection provides possible evidence that the adoption of this public policy aligns with the principles of allocative efficiency and the maximization of social wealth, promoting the sustainability of the system through predictive governance of social risks.

Keywords: Obesity Social Security Burden; Semaglutide and Tirzepatide; Actuarial Sustainability; Disability Benefits.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é reconhecida globalmente como uma doença complexa, crônica, progressiva e recorrente, caracterizada pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que prejudica a saúde. Atualmente classificada pelo índice de massa corporal (IMC), a obesidade é a quinta principal causa de morte no mundo e está associada a um risco aumentado de diversas comorbidades metabólicas, cardiovasculares e esqueléticas.

Neste contexto, a introdução dos agonistas do receptor GLP-1, como Ozempic e Mounjaro, representa uma revolução silenciosa e poderosa na medicina da obesidade. Esses medicamentos atuam no eixo neuro-hormonal, promovendo não apenas o emagrecimento, mas também melhorando o controle glicêmico, reduzindo o risco cardiovascular e oferecendo possíveis efeitos neuroprotetores e impacto positivo na saúde mental.

A relevância do tema transcende o campo da saúde individual, adentrando a esfera do Direito Previdenciário e do planejamento econômico-fiscal do Estado. O excesso de peso significativo sobrecarrega todos os sistemas do corpo, desencadeando vias inflamatórias ligadas a 16 tipos de câncer, destruindo articulações e danificando vasos cerebrais, sendo a obesidade o principal fator de risco, inclusive, para a demência.

Tais comorbidades, decorrentes ou agravadas pela obesidade, são frequentemente a causa primária da incapacidade laboral, gerando custos substanciais para o Regime Geral de Previdência Social (RGPS) por meio dos benefícios por incapacidade temporária (antigo auxílio-doença), os quais envolvem o objeto do nosso estudo, e permanente (antiga aposentadoria por invalidez), sem olvidar os benefícios de natureza assistencial, cujas concessões são geridas pelo INSS.

Desse modo, o presente artigo tem como objetivo investigar a relação causal entre a eficácia dos agonistas de GLP-1 na redução das comorbidades associadas à obesidade



e a potencial diminuição dos encargos financeiros do RGPS coadunada com os referidos benefícios, buscando, ao final, responder o seguinte problema: a adoção da farmacoterapia inovadora, representada pelo Ozempic e Mounjaro, constitui uma estratégia de eficiência fiscal capaz de reduzir os custos com benefícios por incapacidade no RGPS? A hipótese central é que o investimento na farmacoterapia de longo prazo, embora custoso inicialmente, possa ser traduzido em uma estratégia de maximização da riqueza social e de eventual eficiência na alocação de recursos públicos, isso como forma de mitigar o risco da incapacidade laboral e, consequentemente, a despesa previdenciária crônica.

O trabalho será estruturado em quatro seções principais: (II) A Obesidade e as Comorbidades como Fatores de Risco Social e Encargo Previdenciário; (III) Eficácia Clínica e o Reequilíbrio Atuarial: Estimando a Economia Fiscal; (IV) Análise Econômica do Direito: Eficiência Fiscal e Coerência Intersistêmica no Custeio Previdenciário; e (V) Conclusão.

Como elemento metodológico, será utilizado o método empírico-dialético, o qual será aplicado à pesquisa bibliográfica que, por sua vez, será realizada a partir de artigos científicos, de publicações na imprensa nacional e de dados públicos disponíveis em sítios eletrônicos oficiais.

2. A OBESIDADE E AS COMORBIDADES COMO FATORES DE RISCO SOCIAL E DE ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS

O Direito Previdenciário brasileiro, estruturado na ideia de seguro social, oferece cobertura contra diversos riscos sociais, sendo a incapacidade laboral um dos mais relevantes, manifestada através do auxílio por incapacidade temporária e da aposentadoria por incapacidade permanente. A concessão desses benefícios exige que o segurado seja filiado, mantenha a qualidade de segurado e cumpra a carência (quando aplicável), em decorrência da materialização do “sinistro”.

Em princípio, a obesidade não é vista apenas como um problema de força de vontade, mas sim como um fato da biologia e um estado de doença crônica, multifatorial, recidivante e progressiva (Sowa, 2025, p. 28). A progressão da doença está ligada a uma série de condições que levam à perda da capacidade laboral, sendo as principais delas:

a) Doenças cardiovasculares. O risco de doença cardiovascular em pessoas com obesidade (mesmo sem diabetes) é de cerca de 1 em 2 para mulheres e 2 em 3 para



homens (Sowa, 2025, p. 51). A gordura no pâncreas, vasos sanguíneos e fígado causa estragos no sistema metabólico, levando à síndrome metabólica, diabetes tipo 2 e hiperlipidemia, a qual envolve altos níveis de gordura no sangue.

Nesse contexto, o Infarto Agudo do Miocárdio permanece como a principal causa de morte no Brasil, impulsionado por comorbidades como hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias. Tais condições são sensíveis à Atenção Primária à Saúde, em que a prevenção e o controle eficaz reduziriam drasticamente a mortalidade e os custos sistêmicos. Sob a ótica fisiopatológica, essas condições atuam sinergicamente para acelerar a aterosclerose coronariana. A hiperlipidemia promove a deposição de lipoproteínas na parede arterial, formando placas de ateroma, processo agravado pela hipertensão, que causa lesão mecânica e inflamação do endotélio vascular. Somado a isso, a hiperglicemia crônica do diabetes induz estresse oxidativo e gera um estado de hipercoagulabilidade. O evento final, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), precipita-se quando essa instabilidade vascular culmina na ruptura ou erosão da placa aterosclerótica, desencadeando a formação de um trombo que obstrui o fluxo sanguíneo e provoca a necrose irreversível do tecido miocárdico (Brant et al., 2022, p.1).

b) Problemas musculoesqueléticos: O excesso de peso provoca dor nas articulações e nas costas, condições que frequentemente resultam em incapacidade temporária ou permanente para o trabalho, especialmente em ocupações que exigem esforço físico.

c) Doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) e doenças metabólicas, como a Diabetes Tipo 2 (DM2): A DHGNA é uma condição que tem sido alvo de estudos para tratamento com GLP-1, sendo uma complicação crescente da obesidade que pode evoluir para uma insuficiência hepática. O DM2, intimamente ligado à obesidade, é um dos principais fatores de risco para complicações macrovasculares e microvasculares (Stuepp; Leão; Matiusso, 2025, p. 8), incluindo problemas de visão, insuficiência renal crônica (requerendo hemodiálise) e danos nervosos, que podem culminar em incapacidade laboral prolongada ou permanente.

A progressão dessas doenças crônicas implica um longo e custoso ciclo de tratamento, internações e, invariavelmente, a necessidade de afastamento do trabalho, traduzindo-se em um encargo direto para o RGPS. O risco, na perspectiva previdenciária, é a probabilidade de ocorrência do sinistro (incapacidade) que gera a indenização (benefício). A obesidade é, portanto, um fator de risco social amplificador.



2.1. O Custo Previdenciário da Incapacidade

Os benefícios por incapacidade representam um fluxo de despesa constante e significativo para o custeio da Seguridade Social. Embora não seja nosso objeto de estudo direto, é certo que a Emenda Constitucional (EC) nº 103/2019 inicialmente alterou a forma de cálculo dos benefícios por incapacidade permanente, estabelecendo, em regra, uma Renda Mensal Inicial (RMI) de 60% do salário de benefício (SB), com acréscimo de dois pontos percentuais para cada ano de contribuição que exceder 20 anos, o que teoricamente seria um limitador quantitativo de gastos com tal espécie previdenciária, com a ressalva de entendimento do STF (RE nº. 1.469.150) envolvendo o Tema nº. 1300.

Entretanto, o impacto financeiro da incapacidade não se limita apenas à RMI. A despesa previdenciária se estende pelo tempo de duração do benefício, que, em casos decorrentes de comorbidades crônicas (como as ligadas à obesidade), pode durar toda a vida do segurado.

O princípio do equilíbrio financeiro e atuarial (Art. 201, *caput*, da CF/88) exige que o sistema mantenha uma relação sustentável entre custeio e pagamento de benefícios, observando as oscilações da expectativa de vida. O aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, como as associadas à obesidade, desequilibra essa equação, sobrecarregando a base de financiamento.

Fato é que a arquitetura do sistema de Seguridade Social brasileiro é hoje fundamentada no princípio da solidariedade e na garantia da dignidade da pessoa humana. O escopo da proteção social visa cobrir os chamados "riscos sociais", entre os quais se destaca a incapacidade para o trabalho, seja ela temporária ou permanente (Porto; Araújo, 2024, p. 131). Historicamente, esses riscos eram associados a eventos agudos e visíveis: o acidente de trabalho, a lesão incapacitante, a doença de progressão rápida.

Contudo, a sociedade contemporânea nos impõe uma nova realidade dialética. A *tese*, o direito constitucional à proteção, é confrontada por uma *antítese* de natureza epidemiológica: a ascensão das doenças crônicas não transmissíveis. Entre elas, a obesidade (CID-10 E66) emerge não como um evento isolado, mas como um potente fator de risco sistêmico (Sowa, 2025, p. 20), uma condição que multiplica a incidência de outras patologias que, de fato, geram a incapacidade.

Desse modo, busca-se mensurar o passivo previdenciário que não é visto, ou seja, o custo da obesidade não está primariamente na concessão de benefícios pelo CID-10



E66, mas sim oculto nos gastos com suas comorbidades mais frequentes, que sobrecarregam o Fundo do Regime Geral de Previdência Social.

Nessa toada, para estimar o custo previdenciário (INSS), precisamos de dois tipos de dados: o custo total do benefício por comorbidade (Dado A) e a fração desse custo que pode ser atribuída à obesidade (Dado B), o que não temos, de maneira específica, nos relatórios do DataPrev e do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), os quais relatam as concessões por espécie de benefício, inclusive por CID, mas não apontam os elementos intrínsecos, ou seja, a eventual causa subjacente das referidas concessões, o que dificulta a apuração precisa da referida despesa.

De todo modo, foi possível estimar o custo previdenciário de grupos específicos de moléstias que se relacionam, ainda que de forma indireta, com a obesidade, isso como forma de nortear a apuração da eficiência fiscal da farmacoterapia inovadora (agonistas GLP-1), a qual será trata no próximo capítulo. Para tanto, foi estabelecida uma restrição de pesquisa em relação ao ano de 2024 com a utilização de três fontes de dados oficiais:

a. O universo macro: O Boletim Estatístico da Previdência Social (BEPS) informa que, no ano de 2024, foram concedidos 4.321.185 benefícios classificados como “Benefícios por Incapacidade” (Brasil, 2025c, Tabela 24);

b. O escopo (B31 e B91): Os relatórios de “Acompanhamento Mensal” por CID-10, específicos para o “Auxílio por Incapacidade Temporária”, Previdenciário (B31) e Acidentário (B91), revelam um total de 3.582.033 concessões no ano de 2024 (Brasil, 2025a; Brasil, 2025b);

c. A estimativa de custo (valor médio): Os relatórios de CID-10 fornecem a quantidade de benefícios, mas não o valor monetário. Para estimar o dispêndio, apurou-se o custo médio real de 2024, isso mediante a análise dos 12 (doze) boletins estatísticos mensais (BEPS) relacionados ao exercício, com o cruzamento do total de concessões para as espécies B31 e B91, o que permitiu apurar a soma de R\$ 6.743.949.741,02 (Brasil, 2024a), a qual, dividida pela quantidade total de benefícios (3.582.035), ensejou o valor médio real de R\$ 1.882,71 (gasto por benefício por incapacidade concedido em 2024).

Depois disso, a partir de tal apuração média, foi possível realizar uma análise quantitativa do impacto fiscal estimado envolvendo três grupos de doenças diretamente ou indiretamente relacionadas, pela literatura médica, ao excesso de peso e à obesidade.



O grupo de maior impacto quantitativo e fiscal é o musculoesquelético. Este grupo, sozinho, foi responsável por 294.926 concessões de incapacidade temporária em 2024. O destaque absoluto é a CID-10 M54 (dorsopatias), que inclui a dor lombar, responsável por 205.139 afastamentos. Somam-se a ela as M15-M19 (artroses), com 89.787 concessões. O custo direto estimado deste grupo para o RGPS, apenas com as concessões de 2024, foi de R\$ 555,26 milhões.

Em segundo lugar, surge o grupo cardiovascular, com 87.068 concessões. Trata-se de eventos de alta gravidade, como infartos (incluídos no grupo I20-I25, com 39.519 benefícios) e acidentes vasculares cerebrais (grupo I60-I69, com 37.376 benefícios). O custo estimado deste grupo atingiu R\$ 163,92 milhões no período.

Por fim, o grupo metabólico/hepático totalizou 15.644 concessões, gerando um custo de R\$ 29,45 milhões. É notável que a E66 (Obesidade) foi registrada como causa primária de 10.361 afastamentos, sendo seguida pela E11 (Diabetes Mellitus tipo 2), que somou 5.283 concessões. Curiosamente, a K76.0 (doença hepática gordurosa não alcoólica) não registrou concessões como causa primária, indicando ser tratada nos registros como uma comorbidade, mas não como um fator incapacitante direto.

Somados, apenas estes três grupos de CIDs selecionados – todos com nexos causais robustos com a obesidade – geraram um custo direto de concessão ao RGPS que supera R\$ 748,64 milhões no ano de 2024, isso considerando, como dito, somente as concessões decorrentes de incapacidade temporária.

2.2. Os Custos do SUS e sua Relação com a Previdência

Segundo levantamento da UNIFESP, estima-se que a obesidade imporá ao SUS um custo direto de R\$ 1,8 bilhão de dólares até 2030 (Universidade Federal de São Paulo, 2024), montante que compõe um cenário de insolvência projetado pela *BMJ Global Health* para consumir 4,66% do PIB nacional (US\$ 218 bilhões) até 2060 (Novo Nordisk, 2024). A ineficiência da gestão pública é evidenciada por dados do Instituto Desiderata, que apontam que 94,4% das despesas futuras com obesidade infantojuvenil serão absorvidas por internações hospitalares (Agência Brasil, 2025), confirmando a falência da atenção primária.

Tal colapso em termos de saúde transborda para a Previdência, visto que, segundo análise do *Medscape*, cada ponto de aumento no IMC gera um custo extra de R\$ 131 milhões anuais em benefícios (Cunha, 2025), enquanto dados do Ministério da



Previdência Social revelam que a sobrecarga biomecânica relacionada ao excesso de peso impulsionou um aumento de 68% nos afastamentos por hérnia de disco, isso em 2023 (Vital Work, 2024).

Assim, nota-se que, além do próprio impacto no âmbito do RGPS, o SUS também tem sua parcela de despesa orçamentária em relação à obesidade, o que logicamente pode ser evitado, conforme análise feita na sequência do presente trabalho.

3. EFICÁCIA CLÍNICA E O REEQUILÍBRIO ATUARIAL: ESTIMANDO A ECONOMIA FISCAL

O diagnóstico estabelecido no capítulo anterior revela um desafio estrutural para a Previdência Social. O custo anual de R\$ 748,64 milhões em benefícios por incapacidade, originados de comorbidades ligadas à obesidade (musculoesqueléticas, cardiovasculares e metabólicas), não é apenas um dado contábil, mas sim a manifestação empírica de um desequilíbrio. Se a *tese* é o custo (R\$ 748,64 milhões), a *antítese* deve ser a intervenção (a farmacoterapia).

A sustentabilidade do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) depende inexoravelmente da observância do princípio do equilíbrio financeiro e atuarial, com previsão no artigo 201, *caput*, da CF/88. Este mandamento constitucional não é apenas uma regra contábil, mas um pressuposto de sustentabilidade sistêmica, que impõe a transição de uma lógica puramente reparatória para uma governança preditiva dos riscos sociais, isso como forma de garantir que o sistema de previdência social funcione, na perspectiva financeira, de modo equilibrado (Porto; Araújo, 2024, p. 383).

Diante do diagnóstico fiscal estabelecido anteriormente, a farmacoterapia inovadora, representada pelos agonistas do receptor GLP-1, deixa de ser uma questão puramente sanitária para se tornar, como será estudado posteriormente, uma ferramenta de gestão atuarial. A Análise Econômica do Direito (AED) nos permite projetar como a eficácia clínica desses fármacos se converte em redução de despesa pública, maximizando, assim, a eficiência sob o ponto de vista econômico (Posner, 2007, p. 40).

Nesse caminho, como elemento de primeira análise, tem-se o impacto atrelado ao Grupo Cardiovascular, historicamente responsável por benefícios de longa duração e alto custo. A literatura médica recente trouxe dados relevantes com o estudo “SELECT”, que avaliou o uso da Semaglutida (Ozempic). Ficou demonstrado que este fármaco é capaz de reduzir em 20% o risco de Eventos Cardiovasculares Adversos Maiores (MACE),



como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, em pacientes com obesidade e sobrepeso (Sowa, 2025, p. 50).

Ao aplicarmos este percentual de redução de risco (20%) sobre o custo previdenciário estimado para este grupo em 2024, que foi de R\$ 163,92 milhões, projeta-se uma economia fiscal direta de R\$ 32,78 milhões. Trata-se de uma mitigação de danos concreta: cada AVC evitado é uma aposentadoria por invalidez que deixa de onerar o fundo previdenciário, o que, por lógica, evita um desequilíbrio atuarial.

Na mesma toada, em atenção ao Grupo Musculoesquelético, identificado como o de maior gargalo financeiro, com um dispêndio de R\$ 555,26 milhões em 2024, a correlação entre a intervenção clínica e a economia fiscal se dá pela redução da sobrecarga mecânica, a qual se relaciona, como dito, à concessão de benefícios por incapacidade envolvendo, em sua maioria, dorsopatias (CID-10 M54), como hérnias de disco e lombalgias, e artroses (CID-10 M15-M19) nos joelhos e quadris.

Nesse caminho, a Tirzepatida (Mounjaro) demonstrou superioridade clínica, alcançando uma perda de peso corporal média de 20,9% (Barros et al., 2024, p. 47), enquanto a Semaglutida (Ozempic) atingiu 14,9% (Carvalho et al., 2024, p. 10). Sob essa perspectiva, projetando-se linearmente essa eficácia clínica de 20,9% como fator de recuperação da capacidade laborativa em relação ao custo do grupo, estima-se uma redução de despesas na ordem de R\$ 116,05 milhões. Este valor representa um possível retorno atrelado à recuperação da força de trabalho do segurado, alinhando-se à função social da previdência (Porto; Araújo, 2024, p. 153).

Por fim, em relação ao Grupo Metabólico, cujo custo estimado foi de R\$ 29,45 milhões, há necessidade de uma análise qualitativa da eficácia. O diabetes tipo 2 (E11) é uma patologia que, se não controlada, evolui para cegueira e amputações, gerando benefícios permanentes. A revisão da literatura aponta que a Tirzepatida foi capaz de reduzir a hemoglobina glicada (HbA1c) em média -2,3%, superando os -1,8% da Semaglutida, resultados que recolocam o paciente em faixas seguras de controle da doença (Silva; Costa, 2023).

No entanto, considerando que a eficácia global do tratamento, qual seja, a perda de peso alinhada ao controle glicêmico, reduz drasticamente a progressão para a invalidez, é possível mensurar a redução da discutida despesas com a aplicação do mesmo índice de eficácia sistêmica da Tirzepatida (20,9%) sobre o custo deste grupo, situação que enseja uma economia estimada de R\$ 6,15 milhões. Embora o valor nominal seja



menor, a eficiência aqui é preventiva, evitando que o segurado migre para os grupos de maior custo (cardiovascular e renal) no futuro.

Em suma, a integração dos dados clínicos à realidade orçamentária do RGPS revela que a adoção de protocolos com agonistas GLP-1 possui um potencial de economia fiscal na casa dos R\$ 154,98 milhões anuais (somatório das reduções estimadas nos três grupos) somente para benefícios por incapacidade temporária, isso sem considerar os benefícios por incapacidade permanente e os de prestação continuada da área assistencial.

Essa projeção, entretanto, não ignora os custos de aquisição dos fármacos, os quais variam em torno de R\$ 929,00 (0,25mg a 0,5mg) a R\$ 1.245,00 (1mg) por caneta, conforme simples pesquisa de varejo para o Ozempic, por exemplo, mas estabelece uma nova base para a discussão do equilíbrio atuarial.

4. ANÁLISE ECONÔMICA DO DIREITO: EFICIÊNCIA FISCAL E COERÊNCIA INTERSISTÊMICA NO CUSTEIO PREVIDENCIÁRIO

A complexidade inerente ao Estado contemporâneo impõe a abertura cognitiva do Direito para outras ciências, notadamente a Economia, a fim de compreender os fenômenos de escassez e de alocação de recursos. Neste cenário, a Análise Econômica do Direito não se apresenta como um instrumento de submissão do jurídico ao econômico, mas como uma ferramenta hermenêutica capaz de verificar a racionalidade das normas e das políticas públicas, especialmente aqui no que tange à sustentabilidade do Regime Geral de Previdência Social (RGPS).

A premissa fundamental, extraída da doutrina de Paulo Caliendo, é que a economia e o sistema tributário (e, por extensão, o previdenciário, dada a natureza tributária das contribuições que o financiam) possuem uma coerência intersistêmica. A tributação e o gasto público não são fenômenos isolados, isto é, são manifestações que envolvem a Política, a Economia e o Direito (Caliendo, 2009, p. 7), situação que exige que as trocas entre estes subsistemas sejam realizadas de forma equilibrada. Sob esta ótica, a eficiência não é um valor alheio ao Direito, mas um componente intrínseco da própria justiça. Uma sociedade que desperdiça recursos escassos ao optar por modelos ineficientes de gestão de riscos sociais é, por definição, uma sociedade injusta, pois diminui o “bolo” de recursos disponíveis para a satisfação de direitos fundamentais.

Caliendo, ao tratar do conceito de maximização da riqueza (*wealth maximization*), estabelece que as regras jurídicas e as políticas públicas devem incentivar condutas que



aumentem o valor agregado dos recursos sociais, isso como uma forma de precificação dos custos relacionados a determinado comportamento (Caliendo, 2009, p. 47). No contexto previdenciário, a “riqueza” não deve ser entendida apenas como um *superavit* financeiro, mas, por analogia, como um elemento de preservação da capacidade produtiva humana. A incapacidade laboral não gera apenas um custo de reposição de renda (o benefício previdenciário); ela representa uma perda de capital humano, uma diminuição da força de trabalho e uma redução da capacidade econômica do Estado.

Desse modo, é importante, como critério de estudo, que se avalie se a atual estrutura de enfrentamento da obesidade e suas comorbidades, a qual vem baseada majoritariamente em tratamentos reativos e de baixa eficácia a longo prazo, atende ao critério de eficiência alocativa. O Conitec, que é a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde, recentemente rejeitou a incorporação da Semaglutida no Sistema Único de Saúde, isso por conta do custo atrelado ao medicamento (Laboissière, 2025), tendo como base a avaliação econômica comparativa dos benefícios e custos relacionados às tecnologias já incorporadas ao sistema, nos parâmetros do artigo 19-Q, §2º, da Lei nº. 8.080/90.

Entretanto, esquece o Conitec de mensurar a possibilidade de redução dos gastos relacionados à concessão de benefício por incapacidade, no contexto previdenciário, o qual compõe, como cediço, o cesto orçamentário da Seguridade Social, bem como do próprio SUS, como delineado, embora de forma superficial, no subcapítulo 2.2.

Ora, se uma intervenção tecnológica (farmacoterapia inovadora) possui a capacidade de reduzir o custo social total (tratamento, benefícios por incapacidade e perda de produtividade) a um nível inferior ao custo da não-intervenção, a sua adoção não é apenas uma opção, mas um imperativo de eficiência fiscal e econômica.

Tal eficiência, para o caso, pode ser definida como a realização de determinados processos, que maximizem os resultados pela menor utilização de meios (Caliendo, 2009, p. 70). Transpondo este conceito para a gestão do risco social da obesidade, essa vista como causa direta e indireta de concessão de certos benefícios por incapacidade, é evidente que a manutenção do atual modelo, o qual enseja uma despesa previdenciária na casa dos R\$ 748,64 milhões anuais, acaba por evidenciar uma ineficiência alocativa, isso diante da existência de meios capazes de reduzir este dispêndio.

4.1. A Farmacoterapia como Instrumento de Mitigação do Risco Social



A hipótese central deste estudo reside, então, na concepção de que o investimento em farmacoterapia de longo prazo, especificamente os agonistas do receptor GLP-1, como a Semaglutida e a Tirzepatida, constitui uma estratégia de maximização da riqueza social ao mitigar o risco de incapacidade laboral. Para validar esta hipótese sob a lente da análise econômica, foi necessário estabelecer a relação causal entre a inovação terapêutica e a redução dos sinistros na área previdenciária.

Como cediço, a obesidade foi apontada, nesse trabalho, como um fator de risco social amplificador, o qual acaba por dar ensejo à incidência de patologias que efetivamente retiram o segurado do mercado de trabalho. Por conta disso, a racionalidade econômica dita que, para maximizar a eficiência do fundo previdenciário, deve-se atuar na redução da probabilidade do sinistro, e não apenas na gestão do pagamento do benefício.

Os dados empíricos demonstram que a destinação de verbas para a disponibilização de medicamentos como a Tirzepatida (Mounjaro) e a Semaglutida (Ozempic) acaba por ensejar uma redução de eventos incapacitantes estimada em pouco mais de 20%, isso por simples análise quantitativa, a qual desconsidera uma sucessão de consequências cumulativas, que podem aumentar progressivamente o seu impacto no aspecto fiscal, situação que, entretanto, não é nosso objeto de análise. De todo modo, é importante considerar que tais fármacos não são apenas produtos de consumo, mas sim tecnologias de redução de custos de transação (Caliendo, 2009, p. 19) e de externalidades negativas, tanto no âmbito do RGPS quanto do próprio SUS.

Nessa direção, por custos de transação, vislumbra-se que os gastos não se relacionam somente aos benefícios em si, mas aos custos de administração da própria incapacidade, sendo eles: o movimento da máquina estatal para processar os pedidos de auxílio-doença e/ou aposentadoria por invalidez, realizar perícias médicas periódicas e gerir a folha de pagamentos de benefícios; a litigiosidade agregada, tendo em conta os gastos judiciais decorrentes da atuação da Procuradoria nos pedidos previdenciários; as incertezas do sistema, já que é difícil prever, de forma específica, o tempo de recuperação do segurado obeso, isso diante da manifestação de moléstias relacionadas aos grupos indicados anteriormente.

Dessa forma, a farmacoterapia (GLP-1s), ao prevenir a ocorrência de eventos que disparam esses custos, acaba por eliminar a necessidade de toda a cadeia de transações administrativas e burocráticas necessárias para gerir a doença instalada. O fármaco



funciona, portanto, como um instrumento capaz de reduzir a “fricção” do sistema previdenciário, permitindo uma alocação de recursos mais eficiente.

De outro modo, por externalidades negativas, verifica-se que a obesidade e suas comorbidades decorrentes geram uma despesa massiva para a sociedade, a qual é financiada pelo fundo previdenciário, ou seja, quando um indivíduo se torna incapaz para o trabalho devido a complicações relacionadas, o custo de seu sustento acaba sendo transferido para a sociedade (contribuintes). Portanto, é certo que o investimento nesse fármacos atua para mitigar essa externalidade, o que resulta na manutenção do equilíbrio atuarial.

De forma paralela, a própria OMS (Organização Mundial da Saúde) lançou recente diretriz recomendando o uso das canetas emagrecedoras no trato da obesidade (Roy, 2025), isso como forma de reduzir os danos associados à referida condição crônica, o que logicamente se coaduna a hipótese desse trabalho.

Nesse ângulo, fica evidente que o sistema jurídico deve simular os pontos em que o mercado é falho ou inexistente, buscando uma afetação de recursos que reproduza um resultado eficiente que esse mercado alcançaria em um sistema de concorrência perfeita (Posner, 1993, p. 343). No mercado de seguros privados, a seguradora investiria na prevenção do sinistro se o seu custo fosse inferior ao valor presente líquido das indenizações esperadas. No RGPS, a lógica deve ser similar. O custo da obesidade não é apenas o tratamento médico, mas o fluxo de caixa negativo gerado por benefícios de longa duração.

Nessa linha, a redução de 20%, por exemplo, no risco cardiovascular proporcionada pelos fármacos se traduz, economicamente, na prevenção de jubilações precoces. Aqui, a eficiência alocativa se manifesta, já que o recurso que seria gasto com as referidas espécies previdenciárias (que retiram o indivíduo do processo produtivo) pode ser parcialmente alocado no financiamento da terapia que o mantém ativo, situação que atende ao critério de Kaldor-Hicks, em que os ganhos sociais (manutenção da força de trabalho e redução de gastos previdenciários) superam os custos da intervenção (Caliendo, 2009, p. 74).

4.2. Eficiência Econômica: A Farmacoterapia como Vetor de Manutenção do Equilíbrio Atuarial



A complexidade do fenômeno previdenciário contemporâneo exige que a interpretação da norma jurídica transcenda a mera subsunção legal e incorpore as consequências econômicas das decisões públicas. A gestão numerária da Seguridade Social não pode ser dissociada dos postulados de eficiência e da alocação racional de recursos escassos. Neste contexto, a dicotomia orçamentária entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), embora integrantes do mesmo cesto orçamentário nominado Seguridade Social, revela uma ineficiência estrutural: a economia de recursos em um sistema (a negativa de fármacos de alto custo pelo SUS) gera, invariavelmente, a explosão de despesas no outro (a concessão de benefícios por incapacidade pelo INSS).

Dentro de um critério de ineficiência alocativa, fica evidente que a incapacidade laboral representa uma perda de riqueza dupla: da força produtiva do segurado (capital humano) e de verbas relacionadas ao custeio do fundo previdenciário (custo fiscal). A farmacoterapia inovadora com agonistas GLP-1, portanto, deve ser analisada sob a lógica do custo de oportunidade. O custo de fornecer o medicamento, dentro do parâmetro de análise apontado neste trabalho, revela-se inferior, em média, ao custo de sustentar a incapacidade crônica. A recusa em fornecer o tratamento preventivo não constitui uma economia, mas uma escolha ineficiente que acaba onerando o acervo fiscal a longo prazo.

Essa viabilidade de absorção dos medicamentos não deve ser medida apenas pelo seu preço de custo, mas pelo seu impacto na solvência intertemporal do RGPS, consubstanciando o princípio do equilíbrio financeiro e atuarial (art. 201, *caput*, da CF/88). A projeção de eficiência fiscal, calculada com base na eficácia clínica dos fármacos (como a redução de 20,9% de peso corporal e 20% de eventos cardiovasculares), aponta para uma economia potencial de R\$ 154,98 milhões anuais. Este valor não é uma abstração; ele representa a quantificação monetária da externalidade positiva que o investimento em saúde gera sobre a previdência. Sob a ótica de Caliendo, ignorar essa correlação viola o dever de eficiência na gestão da coisa pública, pois perpetua um gasto reparatório (o benefício) em detrimento de um investimento preventivo (o fármaco).

Nesse caso, é possível aplicar o conceito da análise de custo-benefício (*cost-benefit analysis*), a qual vislumbra a maximização de resultados sociais na utilização de recursos essencialmente finitos (Caliendo, 2019, p. 209). No contexto público, a sociedade valoriza a saúde e a solvência do Estado. Em um contexto de *trade-off* entre o custo do tratamento e a despesa previdenciária, a governança preditiva acaba se revelando como um instrumento de maior eficiência, já que o Estado, ao devolver o segurado para o mercado de trabalho, não apenas cessa o pagamento do benefício por incapacidade,



como retoma a arrecadação tributária sobre a atividade econômica deste. Por aplicação analógica da ideia do Direito como instrumento de maximização da riqueza (Caliendo, 2019, p. 47), torna-se possível transformar um agente passivo (beneficiário) em um agente ativo (contribuinte), através de um investimento na fase inicial da patologia.

Contudo, a implementação dessa lógica enfrenta um dilema: a limitação orçamentária do SUS, balizada pelo princípio da reserva do possível, acaba colidindo frequentemente com a demanda infinita por saúde. Por conta disso, tendo como pressuposto o elemento de alocação ótima, não se propõe um investimento universal e indiscriminado, mas sim focalizado nos grupos de alto risco atuarial, especificamente os segurados com obesidade mórbida e comorbidades cardiovasculares ou osteomusculares já instaladas, porém ainda não incapacitados sob o ponto de vista previdenciário.

Além disso, é importante que tal solução não seja vista como um elemento de determinismo econômico, já que a eficiência fiscal não será automática. Ela dependerá de uma redução clínica progressiva das incapacidades, bem como da eventual cessação de benefícios atrelados a uma efetiva remissão clínica, isso sem olvidar uma diminuição gradual nas concessões iniciais, situação que exigirá uma governança administrativa capaz de integrar os protocolos médicos do INSS aos resultados obtidos. Se a farmacoterapia recupera a capacidade laboral, o sistema de perícias deve estar apto a reconhecer essa recuperação e promover o retorno ao trabalho, fechando o ciclo da eficiência.

A coerência intersistêmica exige, portanto, que o Estado reconheça que o "bolso" que paga o medicamento e o "bolso" que paga benefícios por incapacidade pertencem ao mesmo acervo, qual seja, o da Seguridade Social, sem desconsiderar as contribuições de sustento específico da área previdenciária. A manutenção da atual política de tratamento fragmentado resulta em um jogo de soma negativa, em que a economia de curto prazo na saúde financia o déficit de longo prazo na previdência. Conclui-se, assim, que a incorporação da farmacoterapia de longo prazo, balizada por critérios de elegibilidade rigorosos e governança integrada, é a medida que melhor atende ao princípio da eficiência fiscal, promovendo a sustentabilidade do sistema de proteção social.

5. CONCLUSÃO

A presente investigação científica, pautada pelo método empírico-dialético e alicerçada nos postulados da Análise Econômica do Direito, permite as seguintes



conclusões acerca da eficiência fiscal da farmacoterapia inovadora no âmbito do Regime Geral de Previdência Social.

A obesidade, de forma direta ou indireta, acaba sendo um fator de desequilíbrio atuarial oculto. Com o presente estudo, foi possível confirmar que o custo previdenciário da obesidade não se restringe aos benefícios concedidos sob a CID-10 E66. Tal condição acaba ensejando manifestações massivas de outras comorbidades incapacitantes. A estimativa conservadora de um dispêndio direto de R\$ 748,64 milhões no ano de 2024, concentrado majoritariamente em distúrbios musculoesqueléticos e cardiovasculares, evidencia que a atual política de tratamento fragmentado é ineficiente e onera desproporcionalmente o fundo previdenciário.

Depois disso, a análise dos dados clínicos da Semaglutida e da Tirzepatida demonstrou que a eficácia destes fármacos, na redução de peso (até 20,9%) e na mitigação de eventos cardiovasculares (20%), projeta de uma economia potencial de R\$ 154,98 milhões anuais em benefícios não concedidos, ou cessados, ocorrência que valida a hipótese de que o custeio da terapia, embora elevado no curto prazo, representa um investimento fiscal superavitário no médio/longo prazo.

Nesse caminho, sob a ótica de Paulo Caliendo, a dicotomia orçamentária entre a Saúde (SUS) e Previdência (RGPS) acaba se traduzindo em uma falha de mercado institucional. A ausência de incorporação desse tratamento no contexto da Saúde acaba gerando uma perda de riqueza dupla: o desperdício de capital humano (o trabalhador inválido) e o aumento do passivo fiscal (o benefício vitalício). A eficiência alocativa exige uma governança intersistêmica no âmbito da Seguridade Social, que pondere o investimento em saúde como elemento de solvência futura da previdência, pelo menos em relação ao custo de benefícios por incapacidade relacionados à obesidade.

Desse modo, pondera-se que a absorção tecnológica dos agonistas GLP-1 não deve ocorrer de forma universal e indiscriminada, o que feriria a reserva do possível, mas sim através de uma alocação focalizada em grupos de alto risco atuarial. Ademais, para evitar o determinismo econômico, a medida deve ser acompanhada de uma reestruturação dos protocolos de perícia médica, os quais sejam aptos a mensurar a melhora clínica do segurado e, assim, viabilizar o seu retorno efetivo ao trabalho.

Em suma, a incorporação racional da farmacoterapia de longo prazo para a obesidade não é apenas uma medida populista de saúde, mas uma estratégia de inteligência atuarial. Ela transforma a despesa passiva da inatividade em investimento



ativo na produtividade, cumprindo, assim, a dupla função da Seguridade Social: proteger a dignidade da pessoa humana e garantir a sustentabilidade do sistema para as futuras gerações.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Obesidade poderá gerar custos de mais de R\$ 3 bi ao SUS até 2060.** Rio de Janeiro, 10 out. 2025. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/saude/audio/2025-10Obesidade%20poder%C3%A1%20gerar%20custos%20de%20mais%20de%20R%24%203%20bi%20ao%20SUS%20at%C3%A9%202060>. Acesso em: 11 fev. 2026.

BARROS, Giselle Barbosa *et al.* Comparação dos medicamentos Saxenda, Ozempic e Mounjaro na perda de peso em pacientes com obesidade. *In: Endocrinologia e Medicina Estética*. 3. ed. Irati: Editora Pasteur, 2024. Cap. 7. p. 41-49.

BRANT, Luisa Campos Caldeira *et al.* Burden of cardiovascular diseases attributable to risk factors in Brazil: data from the “Global Burden of Disease 2019” study. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 55, supl. 1, e0263, 2022. DOI: 10.1590/0037-8682-0263-2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/6gp6NLp9CHvVjmjQ4sQmpVv/?lang=en>. Acesso em: 10 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Acompanhamento Mensal do Benefício Auxílio por Incapacidade Temporária de Natureza Previdenciária (B31) Concedido Segundo os Códigos da CID-10:** janeiro a dezembro de 2024. Brasília: MPS, 2025a. Disponível em: https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/previdencia-social/saude-e-seguranca-do-trabalhador/acidente_trabalho_incapacidade/tabelas-cid-10. Acesso em: 12 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Acompanhamento Mensal do Benefício Auxílio por Incapacidade Temporária de Natureza Acidentária (B91) Concedido Segundo os Códigos da CID-10:** janeiro a dezembro de 2024. Brasília: MPS, 2025b. Disponível em:



https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/previdencia-social/saude-e-seguranca-do-trabalhador/acidente_trabalho_incapacidade/tabelas-cid-10. Acesso em: 12 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Boletim Estatístico da Previdência Social**. Brasília: MPS, v. 29, n. 01-12, jan./dez. 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/previdencia-social/Dados-estatisticos-previdencia-social-e-inss/boletins-da-previdencia-social/BEPS-anteriores>. Acesso em: 12 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Boletim Estatístico da Previdência Social**. Brasília: MPS, v. 29, n. 12, dez. 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/previdencia-social/Dados-estatisticos-previdencia-social-e-inss/boletins-da-previdencia-social/BEPS-anteriores>. Acesso em: 12 nov. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). **Tema 1300**: Pagamento de aposentadoria por incapacidade permanente decorrente de doença grave, contagiosa ou incurável de forma integral, sem a incidência do art. 26, § 2º, III, da EC nº 103/2019. Recurso Extraordinário 1.469.150. Relator: Ministro Flávio Dino. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6792062&numeroProcesso=1469150&classeProcesso=RE&numeroTema=1300>. Acesso em: 06 nov. 2025.

CALIENDO, Paulo. **Direito Tributário e Análise Econômica do Direito**: Uma visão crítica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CARVALHO, Ana Clara L. T. de et al. O Ozempic® (semaglutida) para o tratamento da obesidade: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, e04162023, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024294.04162023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GCskfVyT6jgcQhxcbpTD7qN/?lang=pt>. Acesso em: 21 nov. 2025.

CUNHA, Débora M. G. **O peso da obesidade no orçamento público brasileiro**. Medscape, [s. l.], 2 jan. 2025. Disponível em: <https://portugues.medscape.com/verartigo/6512147>. Acesso em: 11 fev. 2026.



LABOISSIÈRE, Paula. Conitec rejeita inclusão de canetas emagrecedoras no SUS. **Agência Brasil**, Brasília, 22 ago. 2025. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2025-08/conitec-rejeita-inclusao-de-canetas-emagrecedoras-no-sus>. Acesso em: 02 dez. 2025.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 23, e200009, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/6J9J9J9J9J9J9J9J9J9J9/?lang=pt>. Acesso em: 11 jan. 2026.

NOVO NORDISK. Custos da obesidade para os sistemas de saúde no Brasil podem chegar a 4,6% do PIB. São Paulo, jan. 2024. Disponível em: <https://www.nvonordisk.com.br/noticias-e-imprensa/artigos/custos-da-obesidade-para-os-sistemas-de-saude-no-brasil-podem-ch.html>. Acesso em: 11 fev. 2026.

OLIVEIRA, G. M. M. *et al.* Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 118, n. 4, p. 651–714, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/Z4k4XXZ8qq6q8q6q8q6q8q6/?lang=pt>. Acesso em: 11 jan. 2026.

PEREIRA, N. A. S. *et al.* Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: o perfil dos trabalhadores em benefício previdenciário em Diamantina (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GCskfVvYt6jgcQhxcbpTD7qN/?lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2025.

PORTO, Rafael Vasconcelos; ARAÚJO, Gustavo Beirão. **Manual de Direito Previdenciário**. Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2024.

POSNER, Richard A. **The problems of jurisprudence**. Cambridge: Harvard University Press, 1993.

ROY, Mrinalika. Diretriz da OMS para obesidade passa a incluir caneta emagrecedora. **Agência Brasil**, Brasília, 01 dez. 2025. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2025-12/diretriz-da-oms-para-obesidade-passa-incluir-caneta-emagrecedora>. Acesso em: 02 dez. 2025.



SOARES, Flaviana Rampazzo. Riscos do desenvolvimento, falha informativa e o caso Ozempic. **Revista IBERC**, v. 7, n. 2, p. IX-X, maio/ago. 2024.

SOWA, Alexandra. **A revolução do Ozempic**: Wegovy, Mounjaro e Zepbound. Barueri: Amarilys, 2025.

STUEPP, Nicole Luisa Konzen; LEÃO, Ana Carolina; MATIUSSO, Carmem Lucia. Comparação da eficácia do ozempic e mounjaro no tratamento do diabetes tipo 2: revisão integrativa de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 8, n. 4, p. e81444, ago. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv8n4-194>. Acesso em: 21 nov. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Estudo revela o alto custo da obesidade para o sistema de saúde brasileiro**. São Paulo, [2024]. Disponível em: <https://dci.unifesp.br/assessoria-de-imprensa-e-jornalismo/releases/estudo-revela-o-alto-custo-da-obesidade-para-o-sistema-de-saude-brasileiro>. Acesso em: 11 fev. 2026.

VISSARIONOV, S. *et al.* The burden of cardiovascular disease in Brazil: 1990–2019. **Global Heart**, v. 17, n. 1, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35602957/>. Acesso em: 11 jan. 2026.

VITAL WORK. **Dor lombar afastou mais de 45 mil colaboradores em 2023**. [S. l.], 7 fev. 2024. Disponível em: <https://vitalwork.com.br/dor-lombar-afastou-mais-de-45-mil-colaboradores-em-2023/>. Acesso em: 11 fev. 2026.