

Incretinomiméticos sob olhar bioético: entre terapêutica, estética e justiça sanitária

Bruno Leandro de Souza^{1,2,3}, Caio Chaves de Holanda Limeira², Heloísa Calegari Borges², Nariane Chaves Pereira de Holanda^{1,3}

1. Conselho Federal de Medicina, Brasília/DF, Brasil. 2. Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa/PB, Brasil. 3. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil.

Resumo

Os incretinomiméticos agonistas do receptor de GLP-1 e agonistas duais GIP/GLP-1 redefiniram o tratamento do diabetes tipo 2 e da obesidade por associarem controle glicêmico, perda ponderal e benefícios cardiovasculares em contextos selecionados. Articulando o principlismo bioético a perspectivas críticas contemporâneas, incluindo bioética de intervenção, justiça sanitária, medicalização e mercantilização do cuidado, esta revisão narrativa sistematizada analisou fundamentos farmacológicos, eficácia, segurança e desafios regulatórios, econômicos e distributivos dessas terapias. Discutem-se as tensões entre uso terapêutico e estético, risco de medicalização do emagrecimento, barreiras de acesso e impactos sobre a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Conclui-se que a incorporação eticamente defensável dos incretinomiméticos exige prudência clínica, consentimento esclarecido, acompanhamento longitudinal, critérios transparentes de priorização e compromisso com equidade, continuidade do cuidado e proteção contra desigualdades globais de acesso a inovações farmacológicas.

Palavras-chave: Incretinas. Obesidade. Diabetes mellitus tipo 2. Bioética. Medicalização. Equidade em saúde.

Resumen

Incretinomiméticos bajo mirada bioética: entre terapéutica, estética y justicia sanitaria

Los incretinomiméticos agonistas del receptor de GLP-1 y agonistas duales GIP/GLP-1 han redefinido el tratamiento de la diabetes tipo 2 y la obesidad, asociando control glucémico, pérdida de peso y beneficios cardiovasculares en contextos seleccionados. Esta revisión narrativa sistematizada analizó fundamentos farmacológicos, eficacia, seguridad y desafíos regulatorios, económicos y distributivos de estas terapias, articulando el principlismo bioético con perspectivas críticas contemporáneas, incluyendo bioética de intervención, justicia sanitaria, medicalización y mercantilización del cuidado. Se discuten las tensiones entre uso terapéutico y estético, el riesgo de medicalización del adelgazamiento, las barreras de acceso y los impactos sobre la sostenibilidad de los sistemas de salud. Se concluye que la incorporación éticamente defendible de los incretinomiméticos exige prudencia clínica, consentimiento informado, seguimiento longitudinal, criterios transparentes de priorización y compromiso con equidad, continuidad del cuidado y protección frente a desigualdades globales de acceso a innovaciones farmacológicas.

Palabras clave: Incretinas. Obesidad. Diabetes mellitus tipo 2. Bioética. Medicalización. Equidad en salud.

Abstract

Incretinomimetics under a bioethical lens: between therapeutics, aesthetics and health justice

GLP-1 receptor agonists and dual GIP/GLP-1 incretinomimetics have redefined the treatment of type 2 diabetes and obesity by combining glycemic control, weight loss, and cardiovascular benefits in selected settings. This systematized narrative review analyzed pharmacological foundations, efficacy, safety, and regulatory, economic, and distributive challenges of these therapies, articulating bioethical principlism with contemporary critical perspectives, including intervention bioethics, health justice, medicalization, and commodification of care. The review discusses tensions between therapeutic and aesthetic use, the risk of medicalizing weight loss, barriers to access, and impacts on health system sustainability. It concludes that the ethically defensible incorporation of incretinomimetics requires clinical prudence, informed consent, longitudinal follow-up, transparent prioritization criteria, and a commitment to equity, continuity of care, and protection against global inequalities in access to pharmacological innovations.

Keywords: Incretins. Obesity. Diabetes mellitus, type 2. Bioethics. Medicalization. Health equity.

Declararam não haver conflito de interesse.

A história da terapêutica em endocrinologia é marcada por ciclos de inovação que transformaram radicalmente a prática clínica. O advento da descoberta da insulina, em 1921, inaugurou a era da substituição hormonal e possibilitou a sobrevivência de milhões de pessoas com diabetes¹. Décadas depois, as sulfonilureias e a metformina ampliaram o arsenal medicamentoso, permitindo maior flexibilidade e eficácia no manejo da glicemia². Embora o efeito incretínico já fosse conhecido, foi no final do século XX que os hormônios incretínicos, em especial o *glucagon-like peptide-1* (GLP-1) e o *glucose-dependent insulinotropic polypeptide* (GIP), passaram a receber maior atenção terapêutica^{3,4}.

O GLP-1, identificado nos anos 1980, revelou-se potente modulador da secreção de insulina dependente da glicose, ao mesmo tempo em que reduz a secreção de glucagon, retarda o esvaziamento gástrico e promove sensação de saciedade^{3,4}. Essas propriedades despertaram interesse imediato, mas sua meia-vida curta limitava a aplicação clínica. A superação desse obstáculo se deu com o desenvolvimento de agonistas do receptor de GLP-1 com maior estabilidade e resistência à degradação enzimática, inaugurando uma classe que hoje inclui fármacos como liraglutida, semaglutida e dulaglutida⁴.

Mais recentemente, a farmacologia avançou com a introdução dos agonistas duais GIP/GLP-1, capazes de ativar simultaneamente dois receptores incretínicos^{5,6}. Essa dupla ação trouxe resultados clinicamente relevantes, especialmente redução do peso corporal e controle glicêmico^{5,6}. A tirzepatida, primeiro fármaco dessa classe a alcançar ampla projeção clínica, tornou-se rapidamente um dos medicamentos mais discutidos tanto pela comunidade científica quanto pela mídia. Sob perspectiva bioética, reconhecer essa trajetória de inovação impõe aos profissionais o dever de oferecer o melhor tratamento disponível sem perder de vista a distribuição justa de recursos⁷.

Este artigo tem como objetivo analisar, sob a perspectiva do principlismo bioético, os fundamentos farmacológicos, a eficácia clínica, os riscos e as incertezas dos incretinomiméticos, bem como os desafios regulatórios, econômicos e distributivos que marcam sua incorporação nos sistemas de saúde. Busca, em especial, examinar as tensões entre uso terapêutico e uso estético, os riscos de

medicalização do emagrecimento e as barreiras de acesso e oferecer ao médico referências bioéticas para a tomada de decisão responsável no uso dessas terapias.

Método

Este artigo configura-se como revisão narrativa sistematizada da literatura, com abordagem teórico-reflexiva em bioética. A adoção desse formato – em vez de revisão sistemática *stricto sensu* – justifica-se pela natureza reflexiva e interpretativa do objeto, que articula fundamentos farmacológicos, evidência clínica, contexto regulatório e deliberação bioética. O percurso metodológico foi delineado visando conferir transparência à seleção, organização e interpretação das fontes, com descrição explícita das bases consultadas, dos descritores utilizados, dos critérios de elegibilidade e das etapas de seleção.

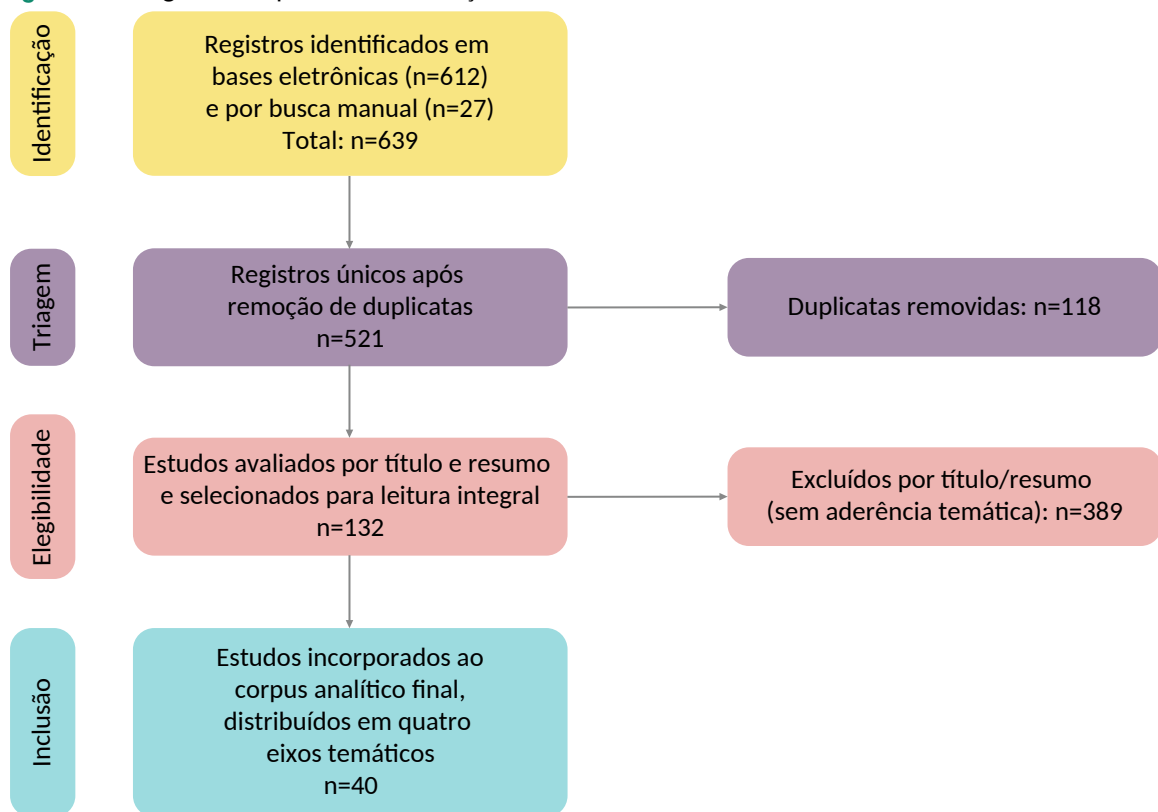
A busca foi realizada entre janeiro e março de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, LILACS e SciELO, e complementada por consulta ao acervo da Bioethics Research Library (Kennedy Institute of Ethics) e por busca manual em listas de referências dos trabalhos selecionados, em periódicos especializados em bioética (*Hastings Center Report*, *Bioethics* e *Revista Bioética*) e em sítios oficiais de agências regulatórias (Anvisa, FDA e EMA) e de organismos internacionais (OMS e OPAS). Foram priorizados ensaios clínicos pivotais e estudos de desfechos cardiovasculares associados a incretinomiméticos, bem como documentos regulatórios oficiais mais recentes. Utilizaram-se descritores controlados (MeSH/DeCS) e termos livres combinados por operadores booleanos, incluindo: “GLP-1 receptor agonists”, “glucagon-like peptide-1”, “tirzepatide”, “semaglutide”, “obesity”, “type 2 diabetes”, “bioethics”, “principlism”, “medicalization”, “weight loss”, “health equity”, “resource allocation” e seus equivalentes em português e espanhol.

Foram adotados como critérios de inclusão: 1) publicações originais, revisões sistemáticas, meta-análises, diretrizes clínicas, documentos regulatórios oficiais, ensaios teóricos em bioética e livros de referência conceitual; 2) textos em português, inglês ou espanhol; 3) período de publicação

entre 2015 e março de 2026 para evidência clínica, regulatória e epidemiológica, admitindo-se obras clássicas da bioética, da sociologia da saúde e da filosofia política, bem como marcos fundacionais da farmacologia dos incretinomiméticos e da história da terapêutica em endocrinologia, publicados em período anterior, quando indispensáveis à contextualização histórica, conceitual ou regulatória; 4) aderência temática a pelo menos um dos quatro eixos analíticos previstos. Foram excluídos editoriais sem lastro empírico ou conceitual, cartas ao editor, resumos de congresso sem publicação integral e materiais de divulgação sem revisão por pares.

O processo de seleção seguiu quatro etapas sequenciais, representadas no fluxograma da Figura 1: 1) identificação inicial de registros nas bases eletrônicas (n=612) e por busca manual (n=27), totalizando 639 registros; 2) remoção de duplicatas (n=118), restando 521 registros únicos; 3) triagem por título e resumo, com exclusão de 389 trabalhos sem aderência temática, resultando em 132 estudos; 4) leitura integral dos 132 estudos remanescentes e seleção de 40 trabalhos para incorporação ao *corpus* analítico final, segundo critérios de qualidade metodológica, atualidade, representatividade e pertinência bioética.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos



Os estudos incluídos foram então categorizados em quatro blocos temáticos, correspondentes aos eixos analíticos definidos a priori: 1) fundamentos farmacológicos e magnitude dos benefícios clínicos; 2) eventos adversos, segurança e limites da evidência; 3) uso terapêutico, uso estético, medicalização e autonomia; e 4) acesso, custo, regulação e justiça distributiva. No corpo do artigo,

esses quatro eixos foram desenvolvidos nas seções “Mecanismos de ação, eficácia e limites” (eixo 1), “Riscos, segurança e incertezas” (eixo 2), “Bioética do uso terapêutico e estético” (eixo 3) e “Acesso, mercado e justiça distributiva” (eixo 4), complementados pelas seções transversais “Análise bioética: princípios em tensão” e “Implicações práticas da bioética à clínica”, que articulam os

quatro eixos pela chave interpretativa bioética. Essa categorização permitiu triangulação sistemática entre evidência clínica, evidência regulatória e literatura bioética.

No plano interpretativo, a análise foi orientada pelo principalismo de Beauchamp e Childress – beneficência, não maleficência, autonomia e justiça –, articulado a marcos complementares da bioética contemporânea: bioética de intervenção (Garrafa), bioética da proteção (Schramm), justiça sanitária (Daniels), ética da alocação de recursos escassos (Emanuel), crítica da medicalização (Conrad), biopolítica da saúde (Rose) e análise da mercantilização do cuidado (Sandel). Essa triangulação visou superar a leitura estritamente principialista pela articulação a preocupações de saúde pública, sustentabilidade e equidade.

Reconhece-se, como limitação, que este trabalho não cumpre integralmente os *checklists* do protocolo PRISMA (destinado a revisões sistemáticas), tendo apenas adaptado seu fluxograma de seleção para conferir transparência metodológica a esta revisão narrativa-reflexiva. Por tratar-se de revisão de literatura científica de domínio público, o estudo está dispensado de apreciação por comitê de ética em pesquisa (CEP).

Mecanismos de ação, eficácia e limites

A terapêutica com incretinomiméticos assenta-se em dois mecanismos principais, que distinguem funcionalmente as subclasses disponíveis. Os agonistas do receptor de GLP-1, como liraglutida, semaglutida e dulaglutida, mimetizam a ação do hormônio endógeno, promovendo secreção de insulina de maneira dependente da glicose, reduzindo a secreção de glucagon, retardando o esvaziamento gástrico e modulando o apetite por vias centrais⁴. Os agonistas duais GIP/GLP-1, representados pela tirzepatida, ampliam esse espectro ao ativarem simultaneamente o receptor do *glucose-dependent insulintropic polypeptide*, hormônio intestinal que estimula a secreção de insulina e exerce efeito sinérgico com o GLP-1 no metabolismo adipocitário^{5,6}. A ativação simultânea de dois receptores incretínicos não representa mera soma de efeitos: configura redefinição qualitativa do potencial terapêutico, com implicações

clínicas, regulatórias e bioéticas que este artigo se propõe a examinar.

A compreensão desses mecanismos tem implicação bioética direta: à medida que a farmacologia avança de controle glicêmico para reconfiguração metabólica ampla, o medicamento deixa de ser apenas instrumento terapêutico e se converte em objeto moral, econômico e cultural. O princípio da beneficência exige que essa potência seja acompanhada de rigor na avaliação dos benefícios reais, enquanto a incerteza residual demanda não maleficência e comunicação clara para o exercício da autonomia verdadeiramente informada⁷.

Os estudos pivotais consolidaram a eficácia clínica dessas terapias em três dimensões mensuráveis. No controle glicêmico, os agonistas do receptor de GLP-1 reduzem a hemoglobina glicada em aproximadamente 1% a 1,5%, enquanto os agonistas duais podem alcançar reduções próximas de 2%⁸. Na perda de peso, a semaglutida demonstrou reduções superiores a 15% em indivíduos sem diabetes no STEP 1, resultado que superou o de qualquer outra farmacoterapia antiobesidade; a tirzepatida avançou ainda mais, com o SURMOUNT-1 registrando reduções médias superiores a 20%, comparáveis às de algumas abordagens cirúrgicas⁵.

Nos desfechos cardiovasculares, o LEADER documentou redução de eventos maiores com liraglutida em pacientes diabéticos de alto risco⁹, o SUSTAIN-6 replicou esse achado com semaglutida¹⁰, e o SELECT estendeu o benefício cardiovascular da semaglutida 2,4 mg a adultos com doença cardiovascular estabelecida e obesidade sem diabetes¹¹. Para a tirzepatida, o SURPASS-CVOT demonstrou não inferioridade em relação à dulaglutida quanto a composto de morte cardiovascular, infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral em pacientes com diabetes tipo 2 e aterosclerose estabelecida¹².

Contudo, esses resultados não devem ser interpretados como absolutos nem generalizáveis a todos os contextos clínicos. Os eventos adversos gastrointestinais – náusea, vômito, diarreia e constipação – são frequentes e representam uma das principais causas de descontinuação¹³. Parte da perda de peso ocorre às custas de massa magra, com repercussões ainda não plenamente definidas em longo prazo, como sarcopenia, maior risco de quedas e fragilidade em idosos^{14,15}. A manutenção

dos benefícios depende de continuidade terapêutica: a interrupção do tratamento associa-se a reganho ponderal e piora de parâmetros cardiometabólicos¹⁶. A associação com pancreatite aguda ou neoplasia pancreática permanece objeto de debate, sem demonstração de aumento consistente em estudos observacionais, mas com recomendação de cautela interpretativa^{17,18}.

A dimensão psicossocial também produz zonas de incerteza relevantes: há relatos de dependência psicológica do medicamento como condição para manutenção da autoestima, o que suscita reflexão sobre medicalização da imagem corporal e responsabilidade médica de não reforçar padrões de saúde centrados exclusivamente no peso ou na aparência¹⁹⁻²¹.

A eficácia clínica dos incretinomiméticos é, portanto, inequívoca, mas deve ser interpretada em chave realista e ética: como parte de arsenal terapêutico integrado, e não como panaceia isolada; como instrumento de promoção da saúde, e não como promessa de transformação estética imediata⁷. A bioética cumpre o papel essencial de integrar entusiasmo científico a responsabilidade social, recordando que toda inovação deve ser acompanhada de reflexão crítica sobre limites, riscos e possibilidades de acesso equitativo.

Riscos, segurança e incertezas

Nenhum avanço terapêutico está isento de riscos, e os incretinomiméticos não constituem exceção. Os eventos adversos mais frequentemente relatados são de natureza gastrointestinal, como náusea, vômito, diarreia e constipação^{6,13}. Embora na maioria dos casos esses sintomas sejam transitórios e manejáveis, representam uma das principais causas de descontinuação do tratamento em estudos clínicos e na prática cotidiana.

Além dos efeitos previsíveis, persistem incertezas em áreas de grande relevância clínica. A associação entre agonistas do receptor de GLP-1 e risco de pancreatite aguda ou neoplasia pancreática continua sendo objeto de debate. Estudos observacionais e revisões de síntese não demonstraram aumento consistente desses eventos, mas o tema ainda recomenda cautela interpretativa^{17,18}.

Outro ponto emergente diz respeito ao impacto na composição corporal. Parte da perda de peso

induzida pelos incretinomiméticos não decorre apenas de redução de gordura, mas também de perda de massa magra. A magnitude desse efeito e suas repercussões em longo prazo, como sarcopenia, maior risco de quedas e fragilidade em idosos, ainda não estão plenamente definidas^{14,15}. Esse achado reforça a necessidade de acompanhamento multiprofissional, com estratégias voltadas à preservação muscular, incluindo exercício físico e adequada ingestão proteica.

No que se refere aos desfechos cardiovasculares, a interpretação das evidências exige maior precisão. Para alguns agonistas do receptor de GLP-1, a evidência já demonstra benefício em desfechos cardiovasculares maiores, como revelado em estudos como LEADER, SUSTAIN-6 e SELECT⁹⁻¹¹. Para os agonistas duais, o cenário deixou de ser apenas especulativo: no SURPASS-CVOT, a tirzepatida mostrou-se não inferior à dulaglutida quanto ao composto de morte cardiovascular, infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral em pacientes com diabetes tipo 2 e doença cardiovascular aterosclerótica¹². Ainda assim, a interpretação comparativa da magnitude desse efeito, bem como sua generalização para diferentes contextos clínicos, exige prudência.

Por fim, a dimensão psicossocial do uso dos incretinomiméticos também produz zonas de incerteza. Há relatos de dependência psicológica do medicamento como condição para manutenção da autoestima e de reforço a padrões corporais excludentes, o que suscita reflexão sobre medicalização da imagem corporal¹⁹⁻²¹. Embora esse fenômeno seja menos tangível do ponto de vista farmacológico, ele é central para a bioética, porque remete à responsabilidade médica de não reforçar padrões de saúde centrados exclusivamente no peso ou na aparência.

Acesso, mercado e justiça distributiva

O impacto dos incretinomiméticos não pode ser avaliado apenas pela óptica biomédica. Os agonistas do receptor de GLP-1 e, sobretudo, os agonistas duais, são medicamentos de alto custo, produzidos por poucas empresas globais – realidade que concentra poder de barganha na indústria farmacêutica e reduz a margem de autonomia dos Estados na definição de preços, cobertura e incorporação

tecnológica. Relatórios corporativos recentes mostram que produtos à base de semaglutida e tirzepatida já movimentam cifras multibilionárias, impulsionadas não apenas pela prevalência de diabetes tipo 2 e obesidade, mas também pelo fenômeno cultural pelo qual esses medicamentos se transformaram em símbolos de modernidade terapêutica^{22,23}.

Essa popularização, embora tenha ampliado a conscientização sobre a obesidade como doença crônica e não como falha individual, trouxe consigo o risco de mercantilização do tratamento: quando medicamentos passam a ser tratados como produtos de consumo aspiracional, desloca-se o foco da saúde para a estética, distorcendo a finalidade originária da inovação científica^{20,21}.

Essa tensão entre inovação e acesso é expressa nas políticas de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 1º de dezembro de 2025, sua primeira diretriz global sobre o uso de terapias com GLP-1 no tratamento da obesidade, em que reconhece sua relevância terapêutica, mas ressalta que esses fármacos devem incluir cuidado abrangente e que a acessibilidade permanece sendo obstáculo global importante²⁴. No Brasil, a trajetória regulatória recente ilustra bem esse dilema. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou, em junho de 2025, nova indicação terapêutica da tirzepatida para controle crônico do peso em adultos com obesidade ou sobrepeso associado a comorbidades²⁵, e, em fevereiro de 2026, nova indicação para a semaglutida voltada à redução do risco de eventos cardiovasculares maiores em adultos com doença cardiovascular estabelecida e obesidade ou sobrepeso²⁶. A aprovação regulatória, contudo, é apenas o primeiro passo: o acesso populacional depende também da regulação de preços, da capacidade de financiamento público e das decisões de incorporação no Sistema Único de Saúde (SUS) e na saúde suplementar.

Nesse plano, os resultados têm sido restritivos. A semaglutida e a liraglutida foram avaliadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) e não incorporadas ao SUS para obesidade nos cenários analisados pela comissão^{27,28}, e esses medicamentos permanecem fora do alcance da maioria dos pacientes brasileiros dependentes do sistema público. Na saúde suplementar, a Agência Nacional de Saúde Suplementar

(ANS) enfrenta dilema semelhante: incluir ou não medicamentos de alto impacto financeiro em seu rol obrigatório. A ausência de cobertura estimula disputas judiciais e acesso individualizado, sem resolver a questão estrutural da equidade^{29,30}, produzindo o que se pode caracterizar, com base na discussão de Chieffi e Barata³⁰, como uma forma de “equidade por litigância”.

Países de alta renda tendem a absorver mais rapidamente os incretinomiméticos em seus sistemas, ainda que com critérios de elegibilidade restritivos; em países de renda média e baixa, como o Brasil, custo elevado, dependência tecnológica e limitações orçamentárias criam barreiras significativas^{22,23,27}. Essa disparidade configura, sob o olhar bioético, uma forma de injustiça global.

O princípio da justiça distributiva deve, portanto, nortear ativamente as políticas públicas. Não basta reconhecer a eficácia dos incretinomiméticos: é preciso enfrentar quem mais se beneficia, distribuir equitativamente recursos escassos e sustentar o cuidado ao longo do tempo. Isso exige transparência nos critérios de incorporação, diálogo social qualificado, reavaliação periódica das evidências e fortalecimento do monitoramento pós-incorporação.

Exige também que a incorporação dessas terapias não substitua estratégias de base populacional voltadas para alimentação saudável, incentivo a atividade física e enfrentamento do ambiente obesogênico³¹: sem essa integração, medicaliza-se a obesidade sem enfrentar suas causas profundas, de modo a reproduzir um ciclo de dependência medicamentosa com elevado custo social^{20,31}. A resposta ao problema da concentração de mercado, por sua vez, requer articulação entre organismos multilaterais, governos e indústria, com busca por modelos de precificação diferenciada, maior transparência negocial e fortalecimento produtivo local.

Um eixo ético transversal a todos esses desafios é a continuidade do cuidado. Como parte da efetividade dessas terapias depende de manutenção prolongada e suporte multiprofissional, não basta garantir entrada episódica no tratamento: é preciso pensar em seguimento, adesão, monitoramento de eventos adversos, revisão de resposta e, quando necessário, interrupção segura. Uma prescrição eticamente defensável não se limita ao momento inicial da indicação – ela pressupõe, desde o início,

avaliação realista das condições concretas de sustentação do tratamento ao longo do tempo¹⁶.

Análise bioética: princípios em tensão

Beneficência e não maleficência

O princípio da beneficência sustenta a obrigação de promover o bem do paciente por meio da oferta de tratamentos comprovadamente eficazes. Os incretinomiméticos atendem a esse critério na medida em que reduzem complicações associadas a diabetes tipo 2 e obesidade^{5,9}. Todavia, a beneficência não atua de forma isolada: ela deve ser continuamente equilibrada com a não maleficência, isto é, o dever de evitar ou minimizar danos. Os eventos adversos conhecidos, as incertezas remanescentes quanto a riscos de longo prazo e a possibilidade de uso inadequado ou descontextualizado mostram que o benefício terapêutico não elimina a necessidade de prudência clínica⁷.

Autonomia

A autonomia dos pacientes é frequentemente invocada nesse debate, sobretudo diante da crescente procura por incretinomiméticos não apenas para tratamento de doenças crônicas, mas também para finalidades estéticas, muitas vezes influenciadas por pressão social, expectativas de desempenho corporal e idealização do corpo magro. Respeitar a autonomia, nesse contexto, não significa aderir automaticamente à demanda do paciente, mas assegurar decisão livre, esclarecida e eticamente contextualizada, sem conivência com práticas que reforcem estigmas ou medicalizem excessivamente a vida cotidiana^{7,20,21}.

Justiça

Talvez o princípio mais desafiador, nesse contexto, seja o da justiça. Como garantir acesso equitativo a terapias de alto custo em sociedades marcadas por profundas desigualdades? A bioética exige considerar não apenas o benefício individual, mas também o impacto coletivo das escolhas terapêuticas e regulatórias. A incorporação ampla de incretinomiméticos pode implicar deslocamento de recursos de outras áreas igualmente prioritárias da saúde, de modo que impõe a necessidade de critérios transparentes de priorização^{27,29}.

A deliberação clínica e sanitária, portanto, deve integrar beneficência, não maleficência, autonomia e justiça de modo coerente, orientando decisões que transcendam o caso individual e levem em conta responsabilidade profissional, sustentabilidade e equidade.

Perspectivas críticas bioéticas complementares

A leitura principialista, embora amplamente legitimada no campo biomédico, tem sido objeto de crítica produtiva por parte de correntes contemporâneas da bioética, cuja mobilização se mostra especialmente fecunda para analisar o fenômeno dos incretinomiméticos. A bioética de intervenção, formulada por Garrafa e Porto³² com base na realidade sanitária latino-americana, argumenta que a ênfase na autonomia individual, quando descolada de determinantes sociais e de assimetrias estruturais, tende a reproduzir desigualdades que o próprio princípio da justiça deveria enfrentar.

Aplicada aos incretinomiméticos, essa crítica ganha especial pertinência: a ideia de escolha “autônoma” por fármacos de alto custo torna-se problemática quando ocorre em contexto de pressão estética, vulnerabilidade socioeconômica e assimetria informacional em relação à indústria farmacêutica. Em direção complementar, a bioética da proteção, proposta por Schramm³³, deslocou o eixo da deliberação do sujeito moralmente autônomo para o cuidado com os mais suscetíveis, propondo que Estado e sistemas de saúde tenham dever moral positivo de proteger pessoas em situação de vulnerabilidade ampliada. No caso do SUS e da saúde suplementar, essa perspectiva fornece fundamento para políticas de priorização que protejam grupos de maior risco cardiometabólico antes de ceder à pressão pela incorporação universal de medicamentos de alto custo ainda sob avaliação de custo-efetividade.

A sociologia e a filosofia da saúde oferecem ferramentas analíticas igualmente indispensáveis. O conceito de medicalização, desenvolvido por Conrad³⁴, descreve o processo pelo qual condições não estritamente patológicas passam a ser definidas e tratadas em termos médicos, com implicações sobre identidade, autonomia e distúrbios da experiência corporal. Os incretinomiméticos exemplificam, talvez como nenhuma outra classe

farmacológica recente, esse movimento: a obesidade deixa de ser apenas fator de risco ou comorbidade para se converter em objeto sistemático de intervenção farmacológica contínua, com repercussões éticas sobre corporeidade, dependência terapêutica e autopercepção.

Em direção convergente, Rose³⁵ analisou como a biomedicina contemporânea transforma a subjetividade em campo de intervenção e otimização, por ampliar as fronteiras do normal e do patológico e converter o “cuidado de si” em demanda farmacológica permanente. Essa leitura exige, na prática clínica, vigilância crítica diante da ampliação indefinida de indicações e do risco de o medicamento ocupar o lugar que caberia a transformações estruturais do ambiente obesogênico.

No terreno da justiça, Daniels³⁶ fornece fundação robusta à tese de que a saúde é condição especial porque protege a “faixa normal de oportunidades” dos indivíduos, o que implica obrigação positiva dos Estados de promover acesso equitativo a intervenções eficazes. Aplicada aos incretinomiméticos, essa perspectiva reforça que a negativa absoluta de incorporação, sem alternativas estruturadas, pode configurar violação da justiça sanitária quando se trata de pacientes com doença cardiovascular estabelecida ou obesidade grave com indicação clínica bem caracterizada.

Emanuel e colaboradores³⁷, ao sistematizarem princípios éticos para alocação de recursos escassos, propuseram critérios que combinam maximização de benefício, tratamento equitativo, priorização dos mais graves e reconhecimento do valor instrumental e intrínseco das pessoas – critérios cuja transposição a terapias de alto custo permanece subexplorada na literatura brasileira e que podem subsidiar futuros protocolos de priorização no SUS.

Por fim, a crítica de Sandel³⁸ à mercantilização de bens sociais oferece lente valiosa para interpretar o fenômeno cultural que envolve os análogos de GLP-1. Quando medicamentos com benefício clínico demonstrado passam a circular como bens de consumo aspiracional, promovidos em redes sociais e associados a ideais corporais, há risco de corrupção do sentido do cuidado: a medicina deixa de responder a necessidades e passa a alimentar desejos socialmente fabricados, produzindo demanda artificial que aprofunda iniquidades de acesso.

Articular essas críticas ao principalismo clássico não é aventar sua substituição, mas ampliar sua capacidade analítica para responder ao desafio de uma bioética densa, socialmente situada e atenta às assimetrias de poder que atravessam a inovação farmacológica contemporânea.

Bioética do uso terapêutico e estético

A fronteira entre o uso terapêutico e o uso estético dos incretinomiméticos constitui um dos pontos mais sensíveis do debate contemporâneo. Do ponto de vista regulatório e clínico, as indicações formais para controle do peso abrangem, em linhas gerais, adultos com índice de massa corporal igual ou superior a 30 kg/m², ou igual ou superior a 27 kg/m² na presença de comorbidades relacionadas a peso³⁹. Nessas condições, o uso se justifica porque os benefícios esperados superam, em regra, os riscos conhecidos, desde que a prescrição esteja inserida em acompanhamento clínico adequado e associada a medidas não farmacológicas.

O problema bioético surge quando essa lógica terapêutica é desvirtuada por demandas que não se apoiam em necessidade clínica bem caracterizada, mas em expectativas de emagrecimento rápido, adequação estética ou aperfeiçoamento corporal. Nesses casos, a medicalização da aparência tende a desviar o medicamento de sua finalidade originária e convertê-lo em bem de consumo aspiracional. A autonomia do paciente, embora relevante, não basta para legitimar toda demanda de prescrição: ela precisa ser compreendida como autonomia informada, criticamente situada e exercida em ambiente livre de pressões mercadológicas, estigmas corporais e promessas irreais^{17,20,21}.

As repercussões éticas dessa expansão são múltiplas. Em primeiro lugar, há impacto sobre a disponibilidade. Quando medicamentos de alto valor terapêutico passam a ser amplamente demandados fora de contextos clínicos prioritários, cresce o risco de escassez e de dificuldade de acesso para pacientes que deles dependem por indicação bem estabelecida. Em segundo lugar, há repercussão econômica: o uso não terapêutico amplia a pressão sobre o mercado, contribui para manutenção de preços elevados e aprofunda a exclusão de grupos socialmente mais vulneráveis^{22,23}.

Em terceiro lugar, reforça-se o risco de patologização da diversidade corporal, como se corpos dissidentes do ideal magro deveriam ser corrigidos farmacologicamente.

Nessa perspectiva, o problema deixa de ser apenas clínico e passa a envolver justiça distributiva, integridade da prática médica e crítica à mercantilização do cuidado. O uso estético de incretinomiméticos não é mera questão de autonomia individual, mas envolve impacto coletivo sobre a justiça distributiva, a disponibilidade, o custo e a equidade^{7,20}.

O papel do médico, nesse cenário, é central. Respeitar a autonomia não significa aderir automaticamente ao pedido do paciente, mas deliberar com base em evidência, proporcionalidade e responsabilidade profissional. A prescrição de incretinomiméticos não pode ser reduzida a resposta de mercado para demandas estéticas socialmente fabricadas. Quando o uso ocorre fora de contextos de benefício clínico demonstrável, cresce o risco de banalização terapêutica, exposição indevida a eventos adversos e comprometimento da equidade no acesso.

Assim, a ética médica recomenda que a indicação permaneça vinculada a critérios clínicos consistentes, de modo a conciliar beneficência, não maleficência, autonomia responsável e justiça distributiva^{7,21}.

Implicações práticas da bioética à clínica

A discussão bioética sobre os incretinomiméticos não se encerra no plano teórico: ela impõe consequências concretas à prática clínica cotidiana. Quatro eixos merecem atenção especial do médico que prescreve ou avalia essas terapias.

O primeiro diz respeito aos critérios de indicação. A prescrição eticamente defensável deve estar ancorada em necessidade clínica bem caracterizada, índice de massa corporal dentro dos limiares regulatórios, presença de comorbidades relevantes ou risco cardiovascular documentado, e não em demanda estética, pressão midiática ou expectativa de emagrecimento rápido sem substrato clínico^{7,25,26}. Isso não significa rigidez burocrática, mas responsabilidade técnica: o médico que

amplia a indicação além das evidências disponíveis compromete simultaneamente a segurança do paciente, a equidade no acesso e a integridade da prática médica.

O segundo eixo é a qualidade da comunicação com o paciente. O consentimento informado, nesse contexto, vai além da assinatura de formulário. Envolve explicar de forma acessível benefícios reais esperados, eventos adversos mais frequentes, necessidade de continuidade terapêutica e consequências da interrupção, incluindo reganho ponderal e piora cardiometabólica, documentados na literatura¹⁶. Envolve também nomear abertamente as incertezas ainda existentes sobre efeitos de longo prazo, como perda de massa magra e suas repercussões funcionais^{14,15}. Um paciente bem informado está em melhor posição para decidir com autonomia real, e não sob influência de promessas irreais amplificadas pelas redes sociais.

O terceiro eixo é a resistência ativa à pressão estética e mercadológica. O médico ocupa posição singular nesse campo: é simultaneamente o guardião da indicação clínica e o principal filtro entre a demanda social por emagrecimento e o acesso ao medicamento. Quando a consulta se converte em balcão de prescrição por solicitação, sem avaliação crítica, compromete-se não apenas a ética individual, mas a sustentabilidade coletiva do acesso, porque o uso não terapêutico contribui para escassez, elevação de preços e exclusão dos pacientes que mais necessitam dessas terapias^{20,21,23}. Reconhecer e nomear essa pressão com o paciente, explicando por que a indicação não se justifica em determinado caso, é ato clínico e ético de igual relevância.

O quarto eixo é o planejamento da continuidade do cuidado antes mesmo de iniciar o tratamento. Dada a dependência terapêutica dessas medicações para manutenção dos resultados, o médico deve avaliar, desde a primeira consulta, se o paciente terá condições reais de sustentar o tratamento ao longo do tempo financeiramente, logisticamente e do ponto de vista do suporte multiprofissional necessário. Iniciar uma terapia sem perspectiva realista de continuidade pode gerar benefícios transitórios seguidos de reganho abrupto, frustração e dano psicossocial. A prescrição responsável começa, portanto, pela honestidade sobre as condições concretas de cada paciente⁴⁰.

Esses quatro eixos não esgotam a complexidade da prática clínica com incretinomiméticos, mas oferecem referencial operacional para que beneficência, não maleficência, autonomia e justiça deixem de ser apenas princípios enunciados e passem a orientar decisões reais, na consulta, no sistema de saúde e na relação com cada paciente.

Considerações finais

Este artigo apresenta limitações próprias de uma revisão narrativa: não pretende esgotar a literatura disponível nem substituir avaliações sistemáticas de incorporação tecnológica. Além disso, trata de campo em rápida evolução, com dados regulatórios, clínicos e de farmacovigilância continuamente atualizados. Ainda assim, a abordagem adotada evidencia que os dilemas éticos centrais já estão suficientemente delineados: medicalização do emagrecimento, tensão entre necessidade clínica e desejo estético, risco de aprofundamento de iniquidades e desafios de sustentabilidade nos sistemas de saúde.

Os incretinomiméticos constituem marco relevante na terapêutica do diabetes tipo 2 e da obesidade. Seu impacto clínico, demonstrado em ensaios de grande porte, extrapola a redução da glicemia e do peso corporal, alcançando desfechos cardiovasculares, metabólicos e psicossociais.

À luz da bioética, a incorporação dessas terapias exige deliberação prudente entre beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. A beneficência recomenda a oferta de tratamentos eficazes a pessoas que deles possam se beneficiar substancialmente. A não maleficência impõe reconhecer eventos adversos, limites da evidência, necessidade de acompanhamento longitudinal e riscos associados a uso sem indicação clínica adequada. A autonomia exige informação clara, decisão compartilhada e resistência crítica a pressões estéticas e mercadológicas que podem distorcer a liberdade de escolha. A justiça, por sua vez, impõe discutir financiamento, critérios de prioridade, regulação de preços e proteção contra desigualdades de acesso, especialmente em países como o Brasil, onde as iniquidades em saúde permanecem profundas.

O desafio da incorporação no SUS e na saúde suplementar é expressivo. O custo elevado e o impacto orçamentário constituem barreiras reais, mas a negativa absoluta de acesso também não se

mostra eticamente satisfatória. O caminho mais defensável parece residir em estratégias de incorporação progressiva, com priorização de grupos de maior risco e maior potencial de benefício, associadas a negociação de preços, fortalecimento da capacidade produtiva e manutenção de políticas estruturais de prevenção e de promoção da saúde.

Por outro lado, o uso estético indiscriminado, motivado por pressões sociais ou mercadológicas, deve ser enfrentado com clareza ética e regulatória. Nesse contexto, o papel do médico é decisivo: não lhe cabe apenas prescrever medicamentos eficazes, mas também exercer responsabilidade profissional, resistir à mercantilização da saúde e sustentar critérios técnicos e bioéticos na prática clínica.

A continuidade do cuidado constitui, nesse cenário, eixo ético transversal frequentemente subestimado. A efetividade dessas terapias depende de manutenção prolongada: interrompido o tratamento, os benefícios se dissipam com rapidez documentada¹⁶. Isso significa que uma prescrição eticamente responsável não se encerra na indicação inicial – ela pressupõe avaliação prévia e honesta das condições reais de sustentação do tratamento ao longo do tempo, em que se considerem capacidade financeira, suporte multiprofissional e vínculo institucional. Iniciar uma terapia sem perspectiva realista de continuidade pode gerar benefícios transitórios seguidos de reganho ponderal, frustração e dano psicossocial, de modo a converter a inovação terapêutica em nova fonte de iniquidade. A responsabilidade do médico, portanto, não termina na prescrição: ela se estende ao planejamento longitudinal do cuidado e à honestidade sobre os limites do que o sistema – e o paciente – pode de fato sustentar.

Em síntese, os incretinomiméticos expressam a potência da ciência biomédica contemporânea, mas também revelam seus limites e contradições. São, ao mesmo tempo, promessa terapêutica e fonte de novos conflitos morais. A bioética, ao oferecer instrumentos críticos para avaliar seus impactos, cumpre papel essencial: recordar que a medicina não se resume a inovação tecnológica, mas permanece como compromisso humano com justiça, responsabilidade e cuidado. É nessa convergência que se torna possível integrar inovação e equidade sem perder de vista a centralidade do cuidado e a integridade dos sistemas de saúde.

Referências

1. Bliss M. The discovery of insulin. Chicago: University of Chicago Press; 1982.
2. Bailey CJ, Day C. Metformin: its botanical background. *Pract Diabetes Int* [Internet]. 2004 [acesso 12 mar 2026];21(3):115-7. DOI: 10.1002/pdi.606
3. Holst JJ, Rosenkilde MM. GIP as a therapeutic target in diabetes and obesity: insight from incretin co-agonists. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2020 [acesso 18 dez 2025];105(12):2710-6. DOI: 10.1210/clinem/dgaa327
4. Drucker DJ. Mechanisms of action and therapeutic application of glucagon-like peptide-1. *Cell Metab* [Internet]. 2018 [acesso 12 jan 2026];27(4):740-56. DOI: 10.1016/j.cmet.2018.03.001
5. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Pharm D, Connery L *et al.* Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *N Engl J Med* [Internet]. 2022 [acesso 2 abr 2026];387:205-16. DOI: 10.1056/NEJMoa2206038
6. Frías JP, Davies MJ, Rosenstock J, Manghi FCP, Landó LF, Bergman BK *et al.* Tirzepatide versus Semaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2021 [acesso 12 jan 2026];385:503-15. DOI: 10.1056/NEJMoa2107519
7. Klitzman R, Greenberg H. Anti-obesity medications: ethical, policy, and public health concerns. *Hastings Cent Rep* [Internet]. 2024 [acesso 17 mar 2026];54(3):6-10. DOI: 10.1002/hast.1588
8. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Gaal LFV, Lingvay I *et al.* Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N Engl J Med* [Internet]. 2021 [acesso 17 mar 2026];384:989-1002. DOI: 10.1056/NEJMoa2032183
9. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, Kristensen P, Mann JFE, Nauck MA *et al.* Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 [acesso 15 nov 2025];375:311-22. DOI: 10.1056/NEJMoa1603827
10. Marso SP, Bain SC, Consoli A, Eliaschewitz FG, Jódar E, Leiter LA *et al.* Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 [acesso 16 nov 2025];375:1834-44. DOI: 10.1056/NEJMoa1607141
11. Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, Deanfield J, Scott SE, Esbjerg S *et al.* Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2023 [acesso 2 abr 2026];389:2221-32. DOI: 10.1056/NEJMoa2307563
12. Nicholls SJ, Zoungas S, Basile J, Buse JB, Del Prato S, Kahn SE *et al.* Cardiovascular outcomes with tirzepatide versus dulaglutide in type 2 diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2025 [acesso 2 abr 2026];393:2409-20. DOI: 10.1056/NEJMoa2505928
13. Smits MM, Van Raalte DH. Safety of semaglutide. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 2021 [acesso 2 abr 2026];12:645563. DOI: 10.3389/fendo.2021.645563
14. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Van Gaal LF, McGowan BM, Rosenstock J *et al.* Impact of semaglutide on body composition in adults with overweight or obesity: exploratory analysis of the STEP 1 study. *J Endocr Soc* [Internet]. 2021 [acesso 2 abr 2026];5(Suppl 1):A16-7. DOI: 10.1210/jendso/bvab048.030
15. Look M, Dunn JP, Kushner RF, Cao D, Harris C, Gibble TH *et al.* Body composition changes during weight reduction with tirzepatide in the SURMOUNT-1 study of adults with obesity or overweight. *Diabetes Obes Metab* [Internet]. 2025 [acesso 2 abr 2026];27(5):2720-9. DOI: 10.1111/dom.16275
16. Wilding JPH, Batterham RL, Davies MJ, Van Gaal LF, Kandler K, Konakli K *et al.* Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide: the STEP 1 trial extension. *Diabetes Obes Metab* [Internet]. 2022 [acesso 2 abr 2026];24(8):1553-64. DOI: 10.1111/dom.14725
17. Ayoub M, Chela H, Amin N, Hunter R, Anwar J, Tahan V, Daglilar E. Pancreatitis risk associated with GLP-1 receptor agonists in comorbidity-free patients with type 2 diabetes mellitus in the United States: a propensity score-matched analysis. *J Clin Med* [Internet]. 2025 [acesso 2 abr 2026];14(3):944. DOI: 10.3390/jcm14030944

18. Figlioli G, Piovani D, Peppas S, Pugliese N, Hassan C, Repici A *et al.* Glucagon-like peptide-1 receptor agonists and risk of gastrointestinal cancers: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pharmacol Res* [Internet]. 2024 [acesso 2 abr 2026];208:107401. DOI: 10.1016/j.phrs.2024.107401
19. Han SH, Safeek R, Ockerman K, Trieu N, Mars P, Klenke A *et al.* Public interest in the off-label use of glucagon-like peptide 1 agonists (Ozempic) for cosmetic weight loss: a Google Trends analysis. *Aesthet Surg J* [Internet]. 2023 [acesso 2 abr 2026];44(1):60-7. DOI: 10.1093/asj/sjad211
20. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
21. Minerva F. Ethical issues related to the use of GLP-1 receptor agonists such as Ozempic and Mounjaro: impact on individuals and society at large. *Bioethics* [Internet]. 2026 [acesso 2 abr 2026];40(5):505-18. DOI: 10.1111/bioe.70068
22. Novo Nordisk. Annual Report 2025 [Internet]. Bagsværd: Novo Nordisk; 2026 [acesso 2 abr 2026]. Disponível: <https://bit.ly/4wGwVg4>
23. United States. Securities and Exchange Commission. Eli Lilly and Company. Form 10-K for 2025 filed in 2026 [Internet]. Washington: Securities and Exchange Commission; 2026 [acesso 2 abr 2026]. Disponível: <https://bit.ly/4q1PJUO>
24. WHO issues global guideline on the use of GLP-1 medicines in treating obesity [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [acesso 2 abr 2026]. Disponível: <https://bit.ly/4yZjnOr>
25. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Mounjaro® (tirzepatida): nova indicação [Internet]. Brasília: Anvisa; 2025 [acesso 2 abr 2026]. Disponível: <https://bit.ly/4q5cEP2>
26. Anvisa aprova novas indicações para semaglutida e tezepelumabe [Internet]. Brasília: Anvisa; 2026 [acesso 2 abr 2026]. Disponível: <https://bit.ly/4hP9Ses>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria Sectics/MS nº 65, de 15 de setembro de 2025. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do SUS, a semaglutida para o tratamento de pacientes com obesidade graus II e III, sem diabetes, com idade a partir de 45 anos e com doença cardiovascular estabelecida. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 176, 16 set 2025 [acesso 2 abr 2026]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/4hf8cLg>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria Sectics/MS nº 67, de 15 de setembro de 2025. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do SUS, a liraglutida para o tratamento de pacientes com obesidade e diabetes mellitus tipo 2. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 176, 16 set 2025 [acesso 2 abr 2026]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/4fMYsFp>
29. O rol de procedimentos e eventos em saúde [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2026 [acesso 2 abr 2026]. Disponível: <https://bit.ly/4fZLC78>
30. Martins AS, Campos MLR. Judicialização da saúde no Brasil: Impactos nas políticas públicas e sua relação com os objetivos de desenvolvimento sustentável. *Rev Polít Públicas Cid* [Internet]. 2025 [acesso 17 abr 2026];14(2):e1743. DOI: 10.23900/2359-1552v14n2-30-2025
31. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker FI, Bogard JR *et al.* The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. *Lancet* [Internet]. 2019 [acesso 2 abr 2026];393(10173):791-846. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8
32. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* [Internet]. 2003 [acesso 17 abr 2026];17(5-6):399-416. DOI: 10.1111/1467-8519.00356
33. Schramm FR. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2008 [acesso 17 abr 2026];16(1):11-23. Disponível: <https://bit.ly/4fX4TWN>
34. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
35. Rose N. *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press; 2007.
36. Daniels N. *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

37. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A *et al.* Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 [acesso 17 abr 2026];382(21):2049-55. DOI: 10.1056/NEJMs2005114
38. Sandel MJ. What money can't buy: the moral limits of markets. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2012.
39. Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, Garber AJ, Hurley DL, Jastreboff AM *et al.* American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocr Pract* [Internet]. 2016 [acesso 2 abr 2026];22(supl 3):1-203. DOI: 10.4158/EP161365.GL
40. Hofmann B. Obesity as a socially defined disease: philosophical considerations and implications for policy and care. *Health Care Anal* [Internet]. 2016 [acesso 18 abr 2026];24(1):86-100. DOI: 10.1007/s10728-015-0291-1

Bruno Leandro Souza – Doutorando – bruno.souza@portalmedico.org.br

 0000-0002-1699-2986

Narriane Holanda – Doutora – narrichaves@gmail.com

 0000-0002-5724-8096

Caio Chaves de Holanda Limeira – Residente – presidencia@crmpb.org.br

 0000-0002-9365-6820

Heloísa Calegari Borges – Residente – presidencia@crmpb.org.br

 0000-0002-8026-262X

Correspondência

Bruno Leandro Souza – Av. Dom Pedro II, 1335, Centro. CEP 58040-440. João Pessoa/PB, Brasil.

Contribuições dos autores

Bruno Leandro Souza: conceitualização; metodologia; redação – rascunho original; supervisão.
Caio Chaves de Holanda Limeira: investigação; redação do rascunho original.
Heloísa Calegari Borges: investigação; redação – rascunho original.
Narriane Holanda: conceitualização; investigação; redação - revisão e edição.

Disponibilidade de dados: Todos os dados utilizados ou gerados na pesquisa estão integralmente descritos e apresentados no corpo do artigo.

Editora responsável: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recebido: 7.9.2025

Revisado: 13.5.2026

Aprovado: 2.6.2026