

RETORNO SOBRE INVESTIMENTO DE PROGRAMA DE EMAGRECIMENTO CLÍNICO EM OPERADORA DE SAÚDE

Return on Investment of a Clinical Weight Loss Program in a Health Insurance Provider

AUTORES

Nassif, AT¹
Castor, I¹
Asme, E.¹
Oliveira, ET¹
Brégola, ERCS²
Rocha, C²
Lorenzini, D²
Mendes, RS³
Mendes, PVS³
Margalho, AA³
Alves, MT³
Teles, IRS³
Miranda, MJFS³
Torres, ME³
Carvalho, JT³
Souza, JA³

¹SlimPass, Curitiba, PR, Brasil

²Fundação Copel, Curitiba, PR, Brasil

³Acadêmicos de Medicina da Liga Brasileira Multidisciplinar de Obesidade

CONTATO

André Nassif

andre@slimpass.com.br

Obs: este artigo reflete exclusivamente a opinião do(s) autor(es), não representando a posição do IESS.

RESUMO

Introdução: A obesidade aumenta os custos em saúde, especialmente por ser a principal causa de doenças evitáveis. Programas clínicos multiprofissionais de emagrecimento, associados a fármacos, podem reduzir o peso, melhorar a qualidade de vida e diminuir despesas. Entretanto, sua custo-efetividade em longo prazo ainda é questionada pelo risco de reganho de peso e pela limitação do uso contínuo de medicamentos. **Objetivo:** Avaliar resultados clínicos, comportamentais e financeiros de médio e longo prazo de um programa multiprofissional de emagrecimento em uma operadora de saúde. **Métodos:** Estudo de coorte com pacientes incluídos entre fevereiro/2023 e dezembro/2024, acompanhados até março/2025. O programa teve duração inicial de seis meses, com consultas multiprofissionais mensais online e retornos quinzenais em psicologia. Após essa fase, foi realizada uma consulta de acompanhamento. Avaliaram-se peso, comorbidades, uso de medicamentos e hábitos de vida em três momentos. O impacto financeiro foi estimado pelo número de cirurgias bariátricas evitadas (custo médio R\$ 40.000) e pela economia proporcional à perda de peso (custo médio anual de R\$ 33.000/paciente com obesidade). **Resultados:** Foram analisados 55 pacientes, 54,5% mulheres e idade média de 49,7 anos. A perda de peso média foi de 10,5 ($\pm 7,6$) % ao final do programa, e manteve-se em 9,5 ($\pm 8,98$) % no acompanhamento. Houve melhora sustentada em dieta, sono, atividade física e ingestão hídrica. O custo total do programa foi de R\$ 161.328,75. Vinte e oito pacientes deixaram de preencher critérios para cirurgia bariátrica, gerando economia de R\$ 1.120.000 e um retorno sobre investimento de 5,94 vezes. Pela análise proporcional ao peso perdido, a economia anual foi de R\$ 172.260, com um retorno sobre investimento projetado de 20,35 vezes em 20 anos. O número de cirurgias bariátricas realizadas na operadora por ano reduziu 37,5%. **Conclusão:** O programa promove perda de peso sustentada, melhora de hábitos e relevante impacto econômico, reforçando seu papel estratégico na gestão da obesidade em saúde suplementar.

Descritores: Obesidade; Emagrecimento; Agonistas GLP1; Estilo de Vida; Cirurgia Bariátrica; Plano de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Obesity increases healthcare costs, particularly as it is the leading cause of preventable diseases. Multidisciplinary clinical weight loss programs, combined with pharmacological therapy, can reduce weight, improve quality of life, and lower expenses. However, their long-term cost-effectiveness remains questioned because of the risk of weight regain and the limitations of continuous pharmacotherapy. **Objective:** To evaluate medium- and long-term clinical, behavioral, and financial outcomes of a multidisciplinary weight loss program implemented in a health insurance provider. **Methods:** Cohort study including patients enrolled between February 2023 and December 2024, with follow-up until March 2025. The program initially lasted six months, with monthly multidisciplinary online consultations and biweekly psychology visits. After this phase, a follow-up consultation was performed. Weight, comorbidities, medication use, and lifestyle habits were assessed at three time points. Financial impact was estimated by the number of bariatric surgeries avoided (average cost R\$ 40.000) and by savings proportional to weight loss (average annual cost R\$ 33.000 per obese patient). **Results:** Fifty-five patients were analyzed, 54.5% women, mean age 49.7 years. Mean weight loss was 10.5 ($\pm 7,6$) % at the end of the program and remained at 9.5 ($\pm 8,98$) % at follow-up. Sustained improvements were observed in diet, sleep, physical activity, and water intake. The total program cost was R\$ 161.328,75. Twenty-eight patients no longer met criteria for bariatric surgery, generating savings of R\$ 1.120.000 and a return on investment of 5.94. Based on proportional weight loss analysis, annual savings reached R\$ 172.260, with a projected 20-year return on investment of 20.35. The annual number of bariatric surgeries performed in the health insurance decreased by 37.5%. **Conclusion:** The program promotes sustained weight loss, lifestyle improvements, and a relevant economic impact, reinforcing its strategic role in obesity management within supplementary health.

Keywords: Obesity; Weight Loss; GLP-1 Agonists; Lifestyle; Bariatric Surgery; Health Insurance.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma das condições que mais impactam a saúde pública mundial pois está aumentando progressivamente os custos relacionados a doenças evitáveis (1–3). Um impacto especialmente relevante dessa doença está no setor de saúde suplementar brasileiro, uma vez que beneficiários com excesso de peso apresentam maior utilização de serviços assistenciais, maior taxa de internações hospitalares e maior consumo de medicamentos de uso contínuo. Estudos realizados pela Orizon em parceria com o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) demonstraram que um beneficiário com obesidade custa em média R\$ 33.000 por ano às operadoras, valor significativamente superior ao observado em beneficiários eutróficos, o que contribui para o aumento dos sinistros e compromete a sustentabilidade dos planos de saúde privados (4).

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a prevalência de excesso de peso entre beneficiários da saúde suplementar já ultrapassa 55%, enquanto a prevalência de obesidade atinge aproximadamente 22% dos adultos vinculados a planos de saúde. Esses indicadores acompanham a tendência nacional e se associam ao crescimento contínuo de procedimentos de alta complexidade, como a cirurgia bariátrica, que registrou aumento progressivo entre 2011 e 2023. Este cenário reforça que a obesidade representa não apenas um problema clínico, mas também um dos principais desafios econômicos para a sustentabilidade da saúde suplementar (5).

Diante disso, programas clínicos de emagrecimento surgem como uma opção para redução de custos com os impactos clínicos da obesidade (6,7). O tratamento multiprofissional associado a intervenções farmacológicas, especialmente com o uso de análogos de GLP-1 como liraglutida, semaglutida e tirzepatida, promove perda de peso significativa, melhora a qualidade de vida e diminui despesas com serviços caros, como cirurgias e internações (8,9).

Contudo, ainda há dúvidas sobre a custo-efetividade a longo prazo de tais programas, principalmente devido ao reganho do peso perdido (10). A recidiva da obesidade pode reduzir os benefícios clínicos e financeiros alcançados, devendo ser entendida como um cenário multifatorial, pois decorre de fatores fisiológicos, comportamentais e sociais. Para a maioria dos pacientes, não há viabilidade econômica para manter tratamentos com análogos de GLP-1 por períodos prolongados. Dessa forma, a efetividade sustentada dos programas depende da manutenção das mudanças de estilo de vida, com adesão ao plano alimentar, rotina de sono adequada e realização de exercício físico (11–13).

O objetivo desse estudo é avaliar os resultados clínicos, comportamentais e financeiros de médio/longo prazo de um programa de emagrecimento implementado por uma operadora de saúde.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de coorte a partir da análise de dados clínicos e financeiros do acompanhamento tardio de pacientes que participaram de um programa multiprofissional de perda de peso entre fevereiro/2023 e dezembro/2024.

No primeiro momento, o programa teve duração de seis meses, com dois encontros mensais. O primeiro consistia em uma consulta online com duração total de 90 minutos, dividida igualmente entre psicólogo, nutricionista e endocrinologista (30 minutos cada). O segundo encontro, realizado duas semanas após o primeiro, correspondia a um retorno online com o psicólogo. Ao final do programa, cada paciente participou de 12 encontros e 24 consultas no total.

As consultas multiprofissionais foram estruturadas com foco no processo de emagrecimento e conduzidas por nutricionista, psicólogo e médico endocrinologista. No eixo nutricional, foram abordadas estratégias de reeducação alimentar, elaboração de plano dietético individualizado, orientação sobre fracionamento das refeições, ingestão hídrica adequada, manejo de situações de compulsão alimentar e avaliação de hábitos urinários e intestinais. Essa abordagem objetivou monitorar sinais de ingestão hídrica insuficiente, constipação ou diarreia relacionados à dieta. No eixo psicológico, o acompanhamento concentrou-se em técnicas de psicoeducação, identificação de gatilhos emocionais associados à alimentação, qualidade do sono, desenvolvimento de habilidades de autorregulação, estratégias de adesão ao tratamento e prevenção de recaídas. No eixo médico-endocrinológico, foram realizadas avaliação clínica e laboratorial, monitoramento de comorbidades e definição da conduta farmacológica. A prescrição de medicamentos antiobesidade ocorreu de forma individualizada, levando em consideração o padrão alimentar, a disponibilidade financeira, o desejo do paciente e as comorbidades associadas. A integração entre os três profissionais teve como objetivo promover perda de peso sustentada por meio da combinação de intervenções comportamentais, nutricionais e farmacológicas, favorecendo a mudança de estilo de vida a longo prazo.

No segundo momento, os pacientes que completaram o tratamento de seis meses foram convocados para um único acompanhamento pós programa de médio/longo prazo com nutricionista e endocrinologista.

Foram incluídos no estudo os pacientes que realizaram essa segunda fase de acompanhamento pós programa entre janeiro e março de 2025. Para este estudo, os dados foram coletados exclusivamente a partir de registros clínicos individuais anonimizados, portanto, sem necessidade de coleta de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos do estudo pacientes com registros clínicos individuais incompletos e/ou pacientes que abandonaram o programa.

As variáveis coletadas foram: sexo, idade, comorbidades, uso de medicamentos para emagrecimento, peso, altura, comprometimento com a dieta, ingestão hídrica, qualidade do sono e frequência/duração de atividade física. As variáveis clínicas e comportamentais foram avaliadas em 3 momentos: antes de iniciar o programa, após finalizar o programa e na consulta de acompanhamento pós programa.

As variáveis comportamentais foram avaliadas por meio de questionário estruturado próprio, aplicado durante as consultas multiprofissionais. O comprometimento com a dieta foi classificado em quatro níveis (comprometido, predominantemente comprometido, fracamente comprometido e não comprometido); para fins analíticos, considerou-se comprometido todo paciente que se declarou “comprometido” ou “predominantemente comprometido”, e não comprometidos aqueles que se declararam “fracamente comprometido” ou “não comprometido”. A prática de atividade física através da duração média e da frequência semanal; o paciente foi classificado como sedentário quando o produto entre frequência semanal e duração média por sessão resultava em menos de 150 minutos semanais, e como não sedentário quando o resultado era igual ou superior a 150 minutos. A qualidade do sono foi considerada adequada quando havia duração superior a seis horas por noite e reparador; e inadequado quando a duração era inferior a seis horas e/ou não reparador. A ingestão hídrica foi registrada em litros/dia, sendo considerada adequada quando superior a 2 litros diários e inadequada quando inferior a esse custo.

Para avaliar a custo-efetividade do programa, foi calculado o Retorno sobre o Investimento (ROI) através das economias geradas subtraídas pelo investimento, dividido pelo investimento. Em relação ao investimento, considerou-se o valor total investido nas consultas e acompanhamento.

As economias geradas foram analisadas sob duas perspectivas diferentes. A primeira considerou os custos evitados de médio prazo com cirurgias bariátricas. Para isso, foram identificados todos os pacientes que tinham indicação de cirurgia bariátrica antes do início do programa e verificado no acompanhamento pós programa quantos

deixaram de preencher os critérios para a realização do procedimento. O valor médio considerado para cada cirurgia bariátrica evitada foi considerado de R\$ 40.000 levando em consideração todo o pré-operatório, internamento, gastos com materiais de alto custo e seguimento pós-operatório.

A segunda análise baseou-se na porcentagem de economia nos custos anuais gerada pela porcentagem de perda de peso que cada participante atingiu (14). Para adequação à realidade brasileira foi utilizado o relatório técnico feito pela Orizon com o IESS, que documentou um custo médio anual de um paciente obeso de R\$ 33.000 para as operadoras de saúde. Assim, a economia foi gerada aplicando-se a porcentagem de redução nos custos correspondente à faixa de porcentagem de perda de peso de cada paciente sobre esse valor base (4). Dessa forma, calculou-se a economia individual anual, multiplicando esse valor pelo número de pacientes que atingiu cada faixa de perda de peso.

A Tabela 1 apresenta a distribuição detalhada da economia anual por faixa de perda de peso, mostrando que reduções entre 5 e 10% já representam impacto financeiro relevante, enquanto perdas acima de 25% geram economias acima de R\$ 10.000 por paciente ao ano.

Tabela 1 - Análise de economia nos custos anuais das operadoras de saúde gerada pela porcentagem de perda de peso

Porcentagem de Perda de Peso	Porcentagem de Economia	Valor economizado por paciente por ano
5–10%	8%	R\$ 2.640
10–15%	12%	R\$ 3.960
15–20%	16%	R\$ 5.280
20–25%	22%	R\$ 7.720
Acima de 25%	32%	R\$ 10.560

Fonte: Adaptado de “Estimated Reduction in Health Care Spending Associated With Weight Loss in Adults” - Thorpe, JAMA Network Open (2024) (14).

Nota: Valores ajustados para o custo médio anual de paciente obeso no Brasil (R\$ 33.000), conforme estimativa do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2022) (4).

Por fim, foram somadas as economias geradas por cada paciente para estimar a economia total anual da operadora de saúde e feita uma projeção do ROI para 5, 10, 15 e 20 anos com o objetivo de compreender os impactos econômicos do programa no longo prazo.

Além disso, para exemplificar um dos impactos práticos e financeiros do emagrecimento junto a essa operadora de saúde, foi realizado um levantamento do número total de beneficiários submetidos à cirurgia bariátrica por ano. Isso foi feito através da busca dos códigos da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) 31002218 (Gastroplastia para obesidade mórbida - qualquer técnica) e 31002390 (Gastroplastia para obesidade mórbida por videolaparoscopia) realizados por ano nos últimos 4 anos.

Os dados foram tabulados e analisados em planilhas do software Microsoft Excel® versão 16.100.4 (Microsoft Corp., Redmond, WA, EUA). A análise estatística descritiva incluiu medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão - DP), frequências absolutas e relativas. A normalidade das variáveis contínuas foi testada pelo teste de Shapiro-Wilk. Variáveis com distribuição normal foram apresentadas como média $\pm$ DP e intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

Foram incluídos 55 pacientes, dos quais 54,5% eram do sexo feminino e a média de idade foi de 49,7 ($\pm$ 11,3) anos. Houve uma prevalência de pelo menos uma comorbidade em 87,2% da amostra, sendo que as mais frequentes foram: Dislipidemia (36,4%), Hipertensão Arterial Sistêmica (34,5%), Ansiedade (34,5%), Diabetes Mellitus Tipo 2 (14,5%) e Depressão (12,7%).

O tempo médio entre o término do programa e a consulta de acompanhamento foi de 196,7 ($\pm$ 103,6) dias.

O uso de medicamentos para perda de peso foi registrado em 80% dos participantes. Dentre os medicamentos utilizados, 41,8% usaram análogos de GLP-1, sendo 30,9% liraglutida e 12,7% semaglutida. Outros 38,1% fizeram uso de outras medicações, como naltrexona/bupropiona, sibutramina, orlistat e outros. No acompanhamento pós programa, 41,8% dos pacientes mantiveram o uso de

medicamentos para emagrecimento, sendo 21,8% especificamente com análogos de GLP-1.

Avaliação do peso

O peso médio inicial foi de 102,4 ($\pm 14,9$) kg e, após 6 meses de intervenção, reduziu para 91,9 ($\pm 14,5$) kg, representando uma perda de peso média de 10,5 ($\pm 7,6$) %.

No acompanhamento, o peso médio foi de 92,9 ($\pm 15,1$) kg, sendo que um total de 21 pacientes continuaram perdendo peso, 2 mantiveram o peso estável e 32 apresentaram reganho de peso entre o programa e acompanhamento. A média de reganho foi de apenas 1,04 ($\pm 5,39$) kg em relação ao peso mínimo atingido.

Considerando o reganho, o peso total perdido entre o início do programa e o acompanhamento foi 523,45 kg e a média de perda de peso foi de 9,52 ($\pm 8,98$) %.

Avaliação Comportamental

No início do programa, os pacientes não seguiam um plano alimentar estruturado e, ao final, 57,2% referiram comprometimento com a dieta. Essa taxa se manteve exatamente igual no acompanhamento pós programa.

A ingestão hídrica apresentou melhora progressiva. Antes do programa, 41,4% dos pacientes consumiam mais de 2 litros ao dia e ao final do programa, essa taxa aumentou para 51,4%. No acompanhamento, essa ingestão de água continuou aumentando e foi para 55,1%.

Antes do início do programa, apenas 22,2% dos pacientes apresentavam um sono de boa qualidade, pois a maioria referia sono não reparador ou insônia. Ao final do programa, houve melhora significativa, com 84,6% dos pacientes referindo sono reparador, sem insônia e com duração maior que seis horas por noite. No acompanhamento observou-se discreta piora, porém 78,1% mantiveram um sono de boa qualidade.

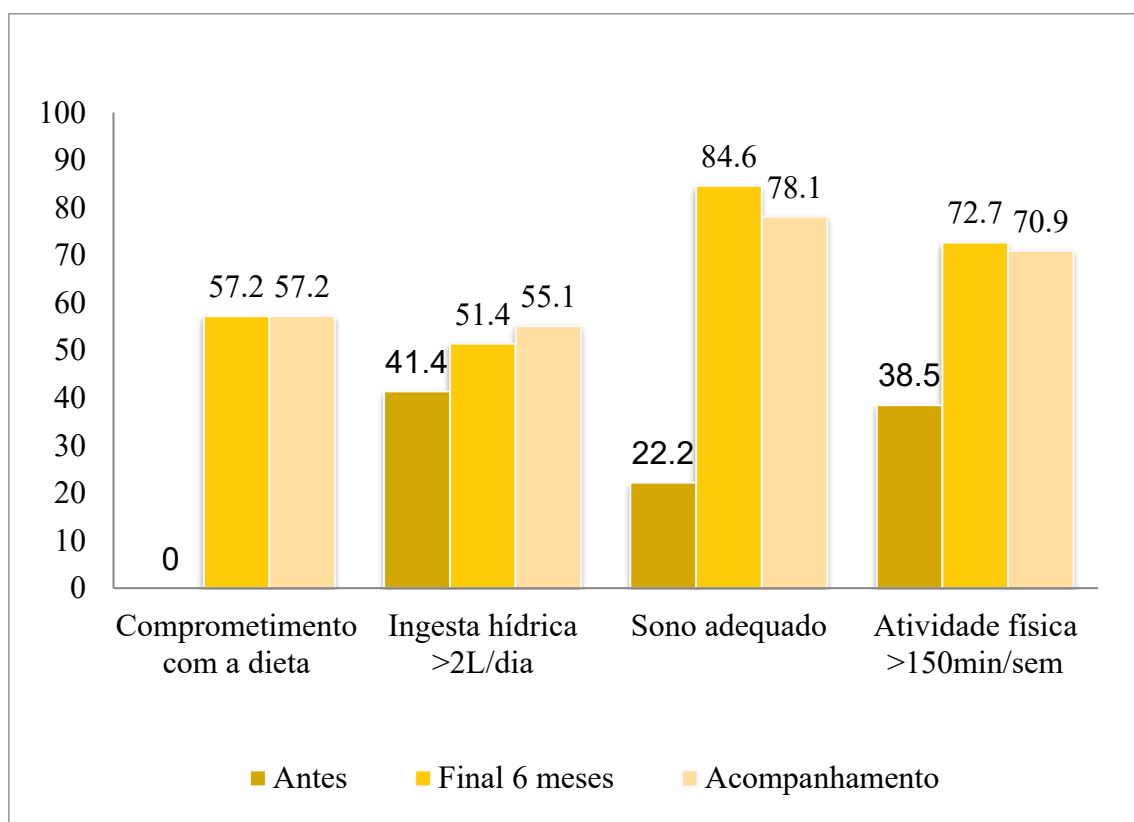
Por fim, 61,5% dos pacientes eram considerados sedentários antes do programa, ou seja, realizavam menos de 150 minutos de exercícios físicos por semana. Ao final dos 6 meses, esse percentual foi reduzido para 27,3%, e manteve-se praticamente inalterado no acompanhamento pós programa (29,1%).

Portanto, observou-se melhora progressiva nos quatro comportamentos avaliados: maior comprometimento com a dieta, aumento da ingestão hídrica, melhora na qualidade

do sono e maior prática de atividade física. Esses resultados sustentaram-se no acompanhamento, ainda que com discreta regressão em alguns hábitos.

O Gráfico 1 ilustra a evolução desses indicadores comportamentais, mostrando que a maior parte dos pacientes conseguiu manter mudanças positivas no médio prazo, especialmente em relação à ingestão hídrica e ao comprometimento com a dieta.

Gráfico 1 – Evolução dos hábitos de vida antes do programa, após o programa e no acompanhamento pós programa



Nota: Considerou-se sono adequado como autorrelato de sono reparador e com duração superior a seis horas por noite; atividade física adequada definida como ≥ 150 minutos semanais.

Análise econômica:

O custo total com as consultas do programa e acompanhamento foi de R\$ 161.328,75.

Antes do programa, 42 pacientes apresentavam indicação formal de cirurgia bariátrica. Após 6 meses, 32 deixaram de preencher critérios para a cirurgia e no acompanhamento 28 se mantiveram fora da indicação. Dessa forma, o custo evitado com cirurgia bariátrica foi estimado em R\$ 1.120.000, gerando um ROI de 5,94.

Utilizando a segunda forma de economia, podemos identificar que do total de 55 pacientes, 39 mantiveram uma perda de peso superior a 5% no acompanhamento,

conforme demonstrados pela tabela 2. Dividindo eles por grupo: 18 pacientes ficaram com uma perda entre 5 e 10%, o que gerou uma economia anual de R\$ 47.520; 10 pacientes ficaram com uma perda entre 10 e 15%, o que gerou uma economia anual de R\$ 39.600; 4 pacientes ficaram com uma perda entre 15 e 20%, o que gerou uma economia anual de R\$ 21.120; 3 pacientes ficaram com uma perda de peso entre 20 e 25%, o que gerou uma economia anual de R\$ 21.780; e 4 pacientes ficaram com uma perda maior que 25%, o que gerou uma economia de R\$ 42.240. No total, a economia gerada foi de R\$ 172.260 por ano.

Tabela 2 - Distribuição da Economia Gerada por Faixa de Perda de Peso

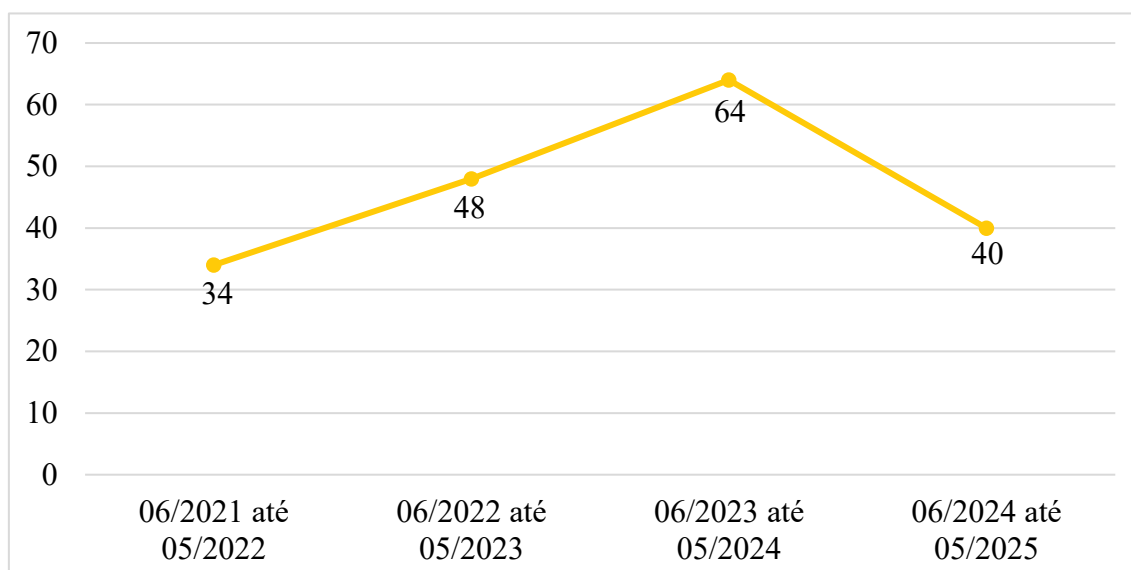
Porcentagem de perda de peso	Número de pacientes	Economia anual gerada nesse grupo de pacientes
5 a 10%	18	R\$ 47.520
10 a 15%	10	R\$ 39.600
15 a 20%	4	R\$ 21.120
20 a 25%	3	R\$ 21.780
25% ou mais	4	R\$ 42.240
Economia total gerada por ano:		R\$ 172.260

A partir desses dados, o ROI projetado em 5 anos foi de 4,33, em 10 anos foi de 9,67, em 15 anos foi de 15,01 e em 20 anos foi de 20,35.

Impacto na redução de cirurgias bariátricas

No gráfico 2, estão representadas as cirurgias bariátricas realizadas por ano nessa operadora de saúde entre 2021 e 2025. Ocorreu uma tendência de aumento de 2021 até 2023, porém justamente logo após o início do programa de emagrecimento o número de cirurgias bariátricas diminuiu. Entre 2023/24 foram realizadas 64 cirurgias e entre 2024/25 esse número diminuiu para 40, representando uma queda de 37,5%.

Gráfico 2 - Número de cirurgias bariátricas realizadas por ano pela operadora de saúde



DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo prospectivo brasileiro a documentar custo-efetividade de um programa de emagrecimento para uma operadora de saúde. Tais achados reforçam a relevância clínica e econômica da ação de equipes multiprofissionais de emagrecimento juntos aos beneficiários dos planos de saúde, especialmente quando estruturados para induzir mudanças comportamentais sustentadas e racionalizar o uso de medicamentos antiobesidade (15).

A perda média de 9,5% do peso corporal após meses do fim do programa indica sucesso além do padrão esperado para tratamentos clínicos sem farmacoterapia contínua (13,16–19).

A leve regressão comportamental observada no acompanhamento (sono e atividade física) é consistente com estudos que apontam que a manutenção da perda de peso requer suporte contínuo mesmo após o fim das intervenções estruturadas. Entretanto, a maior parte dos hábitos de vida adquiridos nos 6 meses de tratamento foi mantida no acompanhamento pós programa (20–23).

Embora 41,8% dos pacientes tenham utilizado análogos de GLP-1, a manutenção de benefícios mesmo entre os que descontinuaram reforça o papel dos agonistas como "ponte terapêutica" para construção de novos hábitos (2,10,24,25). No entanto, a

limitação de longo prazo na adesão ao tratamento farmacológico reforça a necessidade de alternativas financeiramente viáveis (13,26).

A economia direta gerada pela redução de 28 indicações cirúrgicas, estimada em R\$ 1.120.000, corrobora com estudos prévios que demonstraram que a prevenção da progressão da obesidade grave pode gerar retorno substancial para os sistemas de saúde. A literatura já documenta que programas clínicos podem ser mais custo-efetivos do que a cirurgia bariátrica em determinados perfis de pacientes (7).

O uso do modelo de Thorpe et al (14) adaptado com dados nacionais do IESE (4) permite estimar com maior precisão a economia baseada nas faixas de perda de peso. Tal abordagem é coerente com estudos que associam diretamente perdas de 5–10% do peso com redução de até 8% nos custos anuais com saúde (7,8).

A projeção do ROI, atingindo 20,35 em 20 anos, é teoricamente sustentada, pois perdas de peso mantidas ao longo dos anos geram benefícios cumulativos expressivos. Além disso, esse modelo de ROI composto por economia evitada em procedimentos e redução de sinistros traz uma realidade mais palpável para análises econômicas na saúde suplementar.

Para uma validação inicial, é natural destinar o programa para pacientes com obesidade já estabelecida ou sobrepeso com comorbidades metabólicas. Porém, as operadoras de saúde podem seguramente aumentar a taxa de adesão a programas de emagrecimento sem perder a sustentabilidade financeira pois o ROI obtido é muito alto. Sendo assim, recomenda-se investir na população com sobrepeso independente da presença de comorbidades para prevenir com que os pacientes cheguem até a obesidade e não gerem esses mesmos custos no futuro. De modo geral, é difícil conseguir uma alta taxa de adesões pois, pela própria fisiopatologia da doença, a minoria dos pacientes que sofrem com excesso de peso de fato quer se tratar, normalmente por não estar em um momento propício pessoal ou profissional. Portanto, é importante iniciar o quanto antes uma conscientização da carteira como um todo com divulgações frequentes pela comunicação da operadora junto aos beneficiários sobre a importância de se tratar a obesidade.

Segundo os dados do DATASUS e da ANS, no Brasil houve um crescimento progressivo no número de cirurgias bariátricas realizadas entre 2011 e 2023 e essa mesma tendência de aumento ocorreu nessa operadora de saúde até 2023 (5). Contudo, logo após o início do programa de emagrecimento, o número de cirurgias bariátricas deixou de crescer e apresentou redução de 37,5%. Essa é uma evidência de que o programa não só

diminuiu os potenciais pacientes com critério de indicação para cirurgia bariátrica, mas também de fato diminuiu o número de cirurgias realizadas por ano na operadora de saúde como um todo.

O presente estudo contribui para o corpo de evidências que sustentam a adoção de programas clínicos de emagrecimento como política estratégica de gestão de risco populacional em saúde suplementar (3). Desde que realizado por equipe multidisciplinar especializada e focada em resultados efetivos de perda de peso e de melhora nos hábitos de vida, o ROI obtido por este programa pode ser replicado em outras operadoras de saúde.

As principais limitações deste estudo incluem o tamanho amostral reduzido, ausência de grupo controle e um pequeno viés de seleção por não serem incluídos os pacientes que abandonaram o tratamento antes da conclusão (aproximadamente 30%). Outra limitação é a utilização de um método indireto para cálculo de ROI, pois o ideal seria um acompanhamento prospectivo de longo prazo dos custos totais dos beneficiários que realizam o programa comparando com um grupo controle pareado. Outros estudos prospectivos, randomizados e com tamanhos amostrais maiores podem ser realizados agregando a análise dos custos de coparticipação com medicações no futuro.

CONCLUSÃO

O programa de emagrecimento promove perda de peso e melhora de hábitos, que em médio prazo foram sustentados. Além disso, a operadora de saúde obteve um relevante impacto econômico com custos evitados em cirurgia bariátrica e redução de custos projetada devido ao emagrecimento dos participantes. Este estudo exemplifica um caso de custo-efetividade a médio e longo prazo de um programa de emagrecimento implementado em uma operadora de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ferrari G, Giannichi B, Resende B, Paiva L, Rocha R, Falbel F, et al. The economic burden of overweight and obesity in Brazil: perspectives for the Brazilian Unified Health System. *Public Health*. 2022 Jun 1;207:82–7.
2. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*. 2017 Jul 1;18(7):715–23.
3. Finkelstein EA, Trogdon JG, Cohen JW, Dietz W. Annual medical spending attributable to obesity: Payer-and service-specific estimates. *Health Aff*. 2009 Sep;28(5).
4. Gomes ALBB, de Souza ALAR, Caregatti MV, Freitas J da S, Fernandes TBT. Custos diretos e atribuíveis à obesidade grave e obesidade mórbida no Sistema de Saúde Suplementar do Brasil. IESS. Barueri - SP; 2022 Feb.
5. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil); MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Vigitel da Saúde Suplementar 2008-2023: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Saúde Suplementar*. Brasília: ANS/Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/vigitel_brasil_2008_2023_saude_suplementar.pdf. Acesso em: 10 set. 2025.
6. Nassif AT, Castor I, Bucharles A, Benício B, Rosso L, Campos M, et al. Avaliação de um programa de emagrecimento clínico multidisciplinar para prevenção de doenças e redução de custos em uma autogestora do Paraná. *Rev Bras Saú Sup*. 2024 Nov; 2:1.
7. Cawley J, Meyerhoefer C, Biener A, Hammer M, Wintfeld N. Savings in Medical Expenditures Associated with Reductions in Body Mass Index Among US Adults with Obesity, by Diabetes Status. *Pharmacoeconomics*. 2015 Nov 9;33(7):707–22.
8. Thorpe K, Toles A, Shah B, Schneider J, Bravata DM. Weight Loss-Associated Decreases in Medical Care Expenditures for Commercially Insured Patients With Chronic Conditions. *J Occup Environ Med*. 2021 Oct 1;63(10):847–51.
9. Marx N, Husain M, Lehrke M, Verma infodh, Sattar N. GLP-1 Receptor Agonists for the Reduction of Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Patients with Type 2 Diabetes. Vol. 146, *Circulation*. Lippincott Williams and Wilkins; 2022. p. 1882–94.
10. Wilding JPH, Batterham RL, Davies M, 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*. 2022 Aug 1;24(8):1553–64.
11. Xue Y, Zou H, Ruan Z, Chen X, Lai Y, Yao D, et al. Pharmacoeconomic evaluation of anti-obesity drugs for chronic weight management: a systematic review of literature. Vol. 14, *Frontiers in Endocrinology*. Frontiers Media SA; 2023.
12. Jensen SBK, Lundgren JR, Janus C, Juhl CR, Olsen LM, Rosenkilde M, et al. Protocol for a randomised controlled trial of the combined effects of the GLP-1 receptor agonist liraglutide and exercise on maintenance of weight loss and health after a very low-calorie diet. *BMJ Open*. 2019 Nov 1;9(11).
13. Jensen SBK, Blond MB, Sandsdal RM, Olsen LM, Juhl CR, Lundgren JR, et al. Healthy weight loss maintenance with exercise, GLP-1 receptor agonist, or both combined followed by one year without treatment: a post-treatment analysis of a randomised placebo-controlled trial. *EClinicalMedicine*. 2024 Mar 1;69.
14. Thorpe KE, Joski PJ. Estimated Reduction in Health Care Spending Associated with Weight Loss in Adults. *JAMA Netw Open*. 2024 Dec 5;7(12):e2449200.

15. Keseko EA, Bell A, Turner-McGrievy GM. Behavioral and Dietary Strategies for Weight Loss and Weight Loss Maintenance Among Black/African American Adults and the Potential Role of Media: A Narrative Review. Vol. 17, *Nutrients* . Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2025.
16. Aaseth J, Ellefsen S, Alehagen U, Sundfør TM, Alexander J. Diets and drugs for weight loss and health in obesity – An update. Vol. 140, *Biomedicine and Pharmacotherapy*. Elsevier Masson s.r.l.; 2021.
17. Doggrell SA. Adding liraglutide to diet and exercise to maintain weight loss—is it worth it? *Expert Opin Pharmacother*. 2022;23(4):447–51.
18. Hall KD, Kahan S. Maintenance of Lost Weight and Long-Term Management of Obesity. Vol. 102, *Medical Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2018. p. 183–97.
19. van Baak MA, Mariman ECM. Physiology of Weight Regain after Weight Loss: Latest Insights. Vol. 14, *Current Obesity Reports*. Springer; 2025.
20. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, Wolski K, Aminian A, Brethauer SA, et al. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes — 5-Year Outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2017 Feb 16;376(7):641–51.
21. Bellicha A, Ciangura C, Roda C, Torcivia A, Aron-Wisnewsky J, Poitou C, et al. Effect of exercise training after bariatric surgery: A 5-year follow-up study of a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2022 Jul 1;17.
22. Dunn C, Haubenreiser M, Johnson M, Nordby K, Aggarwal S, Myer S, et al. Mindfulness Approaches and Weight Loss, Weight Maintenance, and Weight Regain. Vol. 7, *Current obesity reports*. 2018. p. 37–49.
23. Kushner RF, Sorensen KW. Lifestyle medicine: The future of chronic disease management. Vol. 20, *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*. 2013. p. 389–95.
24. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Van Gaal LF, Lingvay I, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *New England Journal of Medicine*. 2021 Mar 18;384(11):989–1002.
25. Rubino D, Abrahamsson N, Davies M, Hesse D, Greenway FL, Jensen C, et al. Effect of Continued Weekly Subcutaneous Semaglutide vs Placebo on Weight Loss Maintenance in Adults with Overweight or Obesity: The STEP 4 Randomized Clinical Trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2021 Apr 13;325(14):1414–25.
26. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, Greenway F, Halpern A, Krempf M, et al. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. *New England Journal of Medicine*. 2015 Jul 2;373(1):11–22.