

ASPECTOS RELEVANTES DO USO INDISCRIMINADO DE FÁRMACOS PARA PERDA DE PESO

Jaguaci Souto Borges de OLIVEIRA¹
Karina Dias de CARVALHO²
Raissa Martins Barbosa GONÇALVES³
Suelen Delanio BÁCARO VANZIN⁴

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo principal discutir sobre o uso indiscriminado de fármacos para perda de peso, demonstrar as possíveis reações adversas, destacar algumas irregularidades nas vendas e prescrições, além de definir obesidade e indicar formas de tratamento. A obesidade é uma enfermidade crônica considerada um grave problema de saúde pública, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura, comprometendo a saúde do indivíduo e responsável pelo surgimento de outras doenças e/ou comorbidades debilitantes. A terapia nutricional é baseada em um planejamento de reeducação alimentar, com restrições calóricas moderadas e gradativas, associada ao exercício físico. Se as modificações no estilo de vida forem insuficientes, pode-se adotar a farmacoterapia como tratamento adicional, mas somente para pacientes com obesidade acentuada ou que apresentem desenvolvimento de comorbidades debilitantes associada ao sobrepeso. A terapia farmacológica deve ser analisada e regulamentada pelos órgãos que a controla, devido à generalização da prescrição de fármacos, ao uso irracional dos agentes disponíveis, aos abusos na comercialização, à falta de crença na orientação do tratamento nutricional. Cada fármaco apresenta uma composição farmacológica, podendo causar efeitos colaterais graves, como arritmias cardíacas, surtos psicóticos e dependências física e química. Portanto, a utilização deve ser criteriosa, somente em situações especiais e sempre seguindo orientações médicas especializadas. Para um fármaco ser considerado seguro deve ser possível analisar a redução do peso corporal, melhorar as doenças associadas ao excesso de peso, possuir efeitos adversos toleráveis, demonstrar ser seguro e eficaz mantendo isso a longo prazo, ter custo razoável e seu mecanismo de ação conhecido.

Palavras-chave: Obesidade. Uso indiscriminado. Fármacos antiobesidade.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada um grave problema de saúde pública que atinge todas as classes sociais e etnias, afeta a aparência física, estando associada a várias comorbidades clínicas, além de grande comprometimento psicológico e funcional. É uma enfermidade

¹Graduada em Nutrição, Fundação Municipal de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul, jagua_htasonhadora@hotmail.com

²Graduada em Nutrição, Fundação Municipal de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul, karina_22apt@hotmail.com

³Graduada em Nutrição, Fundação Municipal de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul, raissa_nutr@hotmail.com

⁴Nutricionista, graduada pela UNIFEV (Centro Universitário de Votuporanga), Votuporanga, especialização em Bases Nutricionais da Saúde e Performance, FAMERP (Faculdade Estadual de Medicina), São José do Rio Preto, suelenbacaro@yahoo.com.br

crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura, a um nível tal que compromete a saúde (RIBEIRO, 2009).

Hoje é uma patologia considerada em epidemia global, um grande fator de risco para o surgimento de outras doenças e/ou comorbidades debilitantes e de alto custo social, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, acidentes vasculares cerebrais, cardiopatias, dislipidemias, doenças gastrointestinais e alguns tipos de câncer como do endométrio, mama, próstata e cólon (MARTINS et al., 2011).

Os fatores determinantes da obesidade são genéticos e/ou ambientais. A herança genética é responsável pela menor parcela dos casos, enquanto que a maior está relacionada às disfunções metabólicas e principalmente ao comportamento dietético e preferências alimentares. Portanto, ambientes propícios a acessos aos alimentos calóricos e sedentarismo aliados à predisposição genética favorecem muito o acúmulo excessivo de gordura (TOLEDO et al., 2010).

O objetivo do tratamento da obesidade é prevenir o desenvolvimento e o agravamento de doenças crônicas. Em muitos casos, técnicas de dieta controlada e exercícios físicos não são suficientes, sendo necessário o auxílio de fármacos antiobesidade, com intuito de redução da ingestão alimentar e aumento do gasto energético, porém estes devem ser somente utilizados com prescrição médica especializada e acompanhamento nutricional (COLETO; CAMPANA; KANASHIRO, 2012).

O tratamento ideal para obesidade deve ser iniciado com uma mudança no estilo de vida do paciente, deixando claro ao indivíduo que a perda ponderal não é apenas uma medida de estética e sim de recuperação da sua saúde. A terapia nutricional tem como base um planejamento de reeducação alimentar, com restrições calóricas moderadas e gradativas. (TOLEDO, 2010).

Com o objetivo de apoiar as políticas públicas de combate à obesidade em diversos países, a Organização Mundial da Saúde - OMS e a Assembleia Mundial da Saúde, em 2004, descreveram estratégias para a obtenção de práticas alimentares saudáveis e atividades físicas regulares para a população. As principais diretrizes desta estratégia foram descritas, com intuito de combater e prevenir doenças não transmissíveis, com o incentivo à prática de exercício físico moderado de 30 a 60 minutos diariamente e uma alimentação balanceada, proveniente de fontes diárias de energia principalmente da ingestão de frutas, hortaliças e grãos integrais, limitando-se o consumo de gorduras, açúcares e sódio. Estas são opções não farmacológicas no controle da obesidade (GUEDES; CHAVES, 2011).

A terapia farmacológica deve ser usada apenas nos casos em que tais medidas não são suficientes e pode ser indicada nas seguintes situações: para pacientes com índice de massa corpórea (IMC) ≥ 30 Kg/ m² ou com IMC ≥ 25 Kg/ m² com alguma comorbidade associada. Ressaltando que a farmacoterapia deve ainda estar associada às mudanças no estilo de vida do indivíduo (MARTINS et al., 2011).

Diante do exposto, cabe ressaltar a importância do objetivo proposto para o artigo, que se constitui em destacar o uso indiscriminado de fármacos para redução de peso, com destaque para as possíveis reações adversas, bem como as irregularidades nas vendas e prescrições.

2 FÁRMACOS UTILIZADOS NO CONTROLE DE PESO E ANSIEDADE

Em 1928, as anfetaminas foram sintetizadas com a finalidade de combater a obesidade, a depressão e a congestão nasal. Entre os anos de 1960 e 1970, passou a ser utilizada principalmente pelos jovens para aumentar a disposição física e reduzir o sono, porém sua principal função é no tratamento da obesidade (MURER, 2007).

Com base na literatura científica destacam-se os fármacos mais citados para perda de peso que são anfepramona, femproporex, sibutramina, mazindol, orlistat, fluoxetina e clordiazepóxido.

Segundo Caetano (2005), a Anfepromona é um anorexígeno, inibidor do apetite, simpaticomimético, anfetamina e adrenérgico. Age estimulando no cérebro o centro de saciedade, suprimindo assim o apetite, coadjuvante no tratamento da obesidade exógena em curto prazo (poucas semanas), nos esquemas de redução de peso baseados em restrição calórica, exercício físico e mudança no hábito alimentar.

Quanto ao Femproporex, exerce o seu efeito principal sobre o centro de controle de apetite no hipotálamo, isto resulta na redução da fome por alteração do controle químico da transmissão do impulso nervoso, usado sobre forma de cloridrato, como anorexígeno no tratamento da obesidade.

Já o Mazindol, é um inibidor de apetite, anorexígeno, derivado de imidazolina. Age estimulando diretamente o centro da saciedade, agindo por vias adrenérgica e dopaminérgica, é indicado no tratamento de obesidade geral, principalmente exógena, como coadjuvante em regimes de redução de peso, fundamentados em restrições de ingestão calórica.

Ainda segundo Caetano (2005), a Sibutramina atua como um inibidor da recaptção de serotonina, norepinefrina, dopamina e aumenta a saciedade produzida pela serotonina. A

princípio, sua utilização era como antidepressivo, após, estudos comprovaram sua maior eficácia na redução do apetite e aumento do gasto energético termogênico. O efeito terapêutico atua na diminuição da fome e, conseqüentemente, do peso em pacientes obesos, quando exercícios e dieta forem comprovadamente insuficientes para a perda de peso.

Por fim, o Orlistat é um controlador do peso corporal, redutor da absorção de gorduras, inibidor da lipase gastrointestinal. As gorduras para serem absorvidas no intestino necessitam ser quebradas por enzimas denominadas lípases; o orlistat interfere na ação dessas lípases [E1] e faz com que cerca de 30% da gordura ingerida numa refeição não seja absorvida e sejam eliminadas pelas fezes.

2.1 Associações farmacológicas

Um estudo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, realizado entre os anos de 2009 e 2011, identificou a comum prescrição como inibidores de apetite o antidepressivo fluoxetina e o ansiolítico clordiazepóxido, com finalidade exclusiva de perda de peso, porém estas associações são proibidas pelo Conselho Federal de Medicina (ANVISA, 2012).

De acordo com o Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem (2011), a Fluoxetina é um antidepressivo, inibidor seletivo da recaptção da serotonina e serotoninérgico, derivado de propilamina cíclica. Age através dos neurotransmissores serotoninérgicos. No Sistema Nervoso Central, inibe de forma potente e seletivamente a captação de serotonina e não interfere na captação da norepinefrina nem da dopamina. O tratamento é geralmente uma combinação com psicoterapia, de várias formas de depressão, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), anorexia nervosa, hiperatividade, déficit de atenção, neuropatia diabética, fibromialgia, obesidade, síndrome do pânico, síndrome pré-menstrual (SPM) e fenômeno de Raynald. Pode ainda apresentar um efeito anorético agudo (causando perda de peso).

Clordiazepóxido é um tranquilizante ansiolítico que serve para controle da ansiedade e tensão e age como depressor do Sistema Nervoso Central. Acredita-se que aumenta ou facilita a ação do GABA (ácido gama-aminobutírico), que é o maior neurotransmissor inibidor do Sistema Nervoso Central.

No entanto, tais associações podem intensificar os efeitos adversos e não se tem comprovação científica da eficácia terapêutica (NEGREIROS et al., 2011).

Estudos demonstram que o uso de medicamentos anorexígenos no tratamento da obesidade tem resultados modestos em um curto período de tempo. Além disso, ocorre com frequência a recuperação do peso perdido, entre um e três anos após o término do tratamento, além de efeitos adversos graves que também devem ser avaliados na classe desses moderadores de apetite, como por exemplo, dependência física e psíquica, ansiedade, taquicardia, hipertensão arterial, entre outros (GUEDES; CHAVES, 2011).

Portanto, a modificação no estilo de vida é essencial e fundamental para evitar a recuperação do peso perdido, ou seja, as alterações dos hábitos alimentares e a adoção de práticas de exercícios físicos devem ser mantidas a longo prazo (OMARI; CATERSON, 2010).

3 USO INDISCRIMINADO DOS FÁRMACOS

As dificuldades na mudança do estilo de vida atual e ao acesso à assistência médica especializada induzem as pessoas, na maioria das vezes pressionadas pelo conceito social de beleza, a aderir a tratamentos ditos alternativos, como dietas não acompanhadas por nutricionistas e uso de fármacos para perda de peso rápida. Assim acabam utilizando substâncias que trazem riscos à saúde e que superam os possíveis benefícios. Portanto, é observado que o controle de peso a longo prazo só é alcançado através de uma ampla modificação no estilo de vida, em que práticas alimentares saudáveis e atividade física regular passam a ser indispensáveis (MACHADO, 2010).

Se apenas as alterações no estilo de vida não forem suficientes para se atingirem os objetivos estabelecidos, é necessário considerar a necessidade de instituir tratamentos adjuntos adicionais. A farmacoterapia pode ser útil e deve ser considerada para aqueles com obesidade acentuada ou se ocorrer desenvolvimento das comorbidades da obesidade, sem perda ponderal, ou perda inadequada, após 12 semanas de seguimento de um programa de estilo de vida (OMARI; CATERSON, 2010, p. 268).

Estudos comprovam que a redução de 5% a 10% do peso reduz os riscos de comorbidades associadas à obesidade e os fármacos anorexígenos podem contribuir para essa finalidade, quando indicados de forma adequada e segura ao paciente (GUEDES; CHAVES, 2011).

O mercado oferece muitos fármacos antiobesidade, que são controlados por lei, mas a automedicação, as prescrições e as vendas ilegais ainda são comuns, deixando claro que a população faz o uso indevido (RIBEIRO, 2009).

As infrações compreendem desde médicos que prescrevem os fármacos irregularmente a farmácias e drogarias que descumprem a legislação para comercializar.

Segundo Guedes e Chaves (2011), um estudo realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária destaca a banalização, o uso abusivo desses anorexígenos e as

irregularidades na prescrição, quando por exemplo, um médico especialista em medicina do tráfego, cuidador da saúde de profissionais do trânsito, prescreve sibutramina, um ginecologista prescreve anfepramona e um dermatologista prescreve femproporex e ainda um pediatra prescreve mazindol.

Por vários anos, o Brasil foi apontado como o maior consumidor de inibidores de apetite do mundo com evidências de problemas na prescrição, venda e uso desses medicamentos que contribuem para o chamado uso irracional de medicamentos (ANVISA, 2012).

Em outubro de 2011, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária decidiu pela retirada dos inibidores de apetite do tipo anfetamínicos do mercado. Os fármacos com registros cancelados foram femproporex, mazindol e anfepramona e também maior controle sanitário sobre a venda de sibutramina. O uso dos anfetamínicos evidencia efeitos adversos graves, que associados à ausência de dados confiáveis de segurança, justificaram a decisão dos diretores. Tal norma consta na Resolução RDC 52/2011 da ANVISA (MOURA, 2011).

É importante ressaltar que, segundo a Resolução nº 1477, de 11 de julho de 1997, do Conselho Federal de Medicina, é vetada aos médicos a prescrição simultânea, seja em preparação separada ou em uma mesma preparação, de drogas tipo anfetaminas, com um ou mais dos seguintes fármacos: benzodiazepínicos, diuréticos, hormônios ou extratos hormonais, laxantes, ansiolíticos, antidepressivos, simpaticolíticos ou parassimpaticolíticos com finalidade de tratamento da obesidade ou emagrecimento, pois podem intensificar ainda mais os efeitos adversos.

A farmacoterapia da obesidade deve ser analisada e bem regulamentada pelos órgãos que a controlam, devido a inúmeros fatores como: a generalização da prescrição de medicamentos, o uso irracional dos agentes disponíveis, os abusos na comercialização de medicamentos, a falta de crença na orientação do tratamento nutricional, ou seja, mudança de estilo de vida, adotando hábitos alimentares saudáveis associados ao exercício físico regular (RIBEIRO, 2009).

Para um medicamento ser considerado seguro, deve ser possível analisar a redução do peso corporal e melhorar as doenças associadas ao excesso de peso, possuir efeitos adversos toleráveis, demonstrar ser seguro e eficaz mantendo isso a longo prazo, ter custo razoável e seu mecanismo de ação deve ser conhecido (RIBEIRO, 2009).

4 FÁRMACOS E SEUS EFEITOS ADVERSOS

Inicialmente, a anfetamina era utilizada no tratamento de narcolepsia, patologia caracterizada por um distúrbio do sono. Notou-se que tal fármaco provocava anorexia como efeito colateral ao promover a liberação de norepinefrina no centro da fome e aumentar o metabolismo. Foi retirada do mercado em 1976, devido a graves efeitos colaterais. A porção da estrutura das anfetaminas que era responsável pelos efeitos graves e indesejáveis foi substituída no radical fenetilamina, causando menos efeitos colaterais, dando origem aos seus derivados, anfeprapoma, mazindol, femproporex, entre outros (RIBEIRO, 2009). No entanto, anos mais tarde, também foram retirados do mercado com a justificativa de não obterem dados confiáveis de segurança e por também evidenciarem efeitos adversos graves.

Os fármacos para controle de peso devem ser utilizados com restrição. Cada medicamento apresenta em sua composição farmacológica, diversos efeitos colaterais, alguns muito graves, como arritmias cardíacas, surtos psicóticos e dependência física e química. Portanto, a utilização deve ser criteriosa, somente em situações especiais e sempre seguindo orientações médicas especializadas.

A fim de esclarecer as complicações mais significativas dos fármacos antiobesidade, ressaltam-se as reações adversas.

a) Anfepramona

Conforme o Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem (2011), a Anfepramona pode apresentar os seguintes efeitos: taquicardia, batimentos cardíacos irregulares, palpitações (menos frequentes), erupções cutâneas, urticárias (raras), alterações na libido, diminuição da capacidade sexual (menos frequentes), prisão de ventre, diarreia, enjoo ou sensação de enjoo, boca seca, náuseas ou vômitos, câibras ou dores estomacais, paladar desagradável (menos frequente), micção dificultada ou dolorosa (menos frequente), necessidade frequente de micção ou aumento do volume da urina (raras), visão borrada, diminuição da capacidade visual (menos frequentes), falsa sensação de bem estar, irritabilidade, problemas no sono (depois dos efeitos estimulantes podem ocorrer sonolência, fadiga ou depressão mental), nervosismo ou inquietude (mais frequentes) confusão ou depressão mental, dor de cabeça (menos frequentes), dor de garganta, febre e discrasias sanguíneas.

b) Femproporex

Já o Femproporex pode causar calafrios, palidez ou rubor das faces, palpitação, arritmia cardíaca, dor anginal, hipertensão ou hipotensão, colapso circulatório, alteração da libido, boca seca, gosto metálico na boca, náusea, diarreia, vômito, câibras abdominais, vertigem, tremor, irritabilidade, reflexos hiperativos, fraqueza, tensão, insônia, confusão, ansiedade, cefaleia, dependência química e tolerância (devido ao uso crônico).

c) Mazindol

Quanto ao Mazindol, este pode provocar palpitações, taquicardia, boca seca, constipação, enjoo, náusea, nervosismo, insônia.

d) Orlistat

Ainda segundo o Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem (2011), o Orlistat pode apresentar rash e pele seca, evacuação oleosa e gordurosa, evacuação com flatulência, urgência ou incontinência fecal, náusea, deficiência de vitaminas A, D, E e K.

e) Sibutramina

A Sibutramina pode ocasionar hipertensão arterial, taquicardia, palpitações, vasodilatação, sudorese e rash, dismenorreia, constipação, boca seca, alteração do paladar, dispepsia, náusea, aumento de apetite, laringe/faringite, rinite e sinusite, anorexia, cefaleia, convulsões, insônia, estimulação do Sistema Nervoso Central, tontura, sonolência, instabilidade emocional, nervosismo.

f) Fluoxetina

A fluoxetina pode provocar dor no peito, palpitações, diaforese, prurido, rubor, rash, dismenorreia, disfunção sexual, diarreia, dor abdominal, disgeusia, constipação, boca seca, dispepsia, náusea, vômito, urgência urinária, artralgia, dor nas costas, mialgia, distúrbios visuais, congestão nasal, tosse, anorexia, convulsão, ansiedade, sonolência, cefaleia, insônia, nervosismo, tontura, fadiga, hipomania, mania, fraqueza, tremor, reações alérgicas, febre e hipersensibilidade.

g) Clordiazepóxido

O Clordiazepóxido pode causar hipotensão transitória, bradicardia, taquicardia, hipertensão, edema, palpitações, sudorese, urticária, prurido, rash, dermatite, diaforese, alterações da libido, irregularidades no ciclo menstrual, ginecomastia, náusea, vômito, desconforto abdominal, constipação, diarreia, boca seca, sialorreia, dificuldade na deglutição, incontinência urinária, retenção urinária, diminuição dos hematócritos, discrasias sanguíneas, disfunções hepáticas, icterícia, flebite, tromboflebite, vermelhidão, distúrbios musculares,

distúrbios visuais, diplopia, nistagmo, distúrbios auditivos, sonolência, letargia, nervosismo, psicose, sedação, depressão, desorientação, confusão, delírio, cefaleia, tremor, parestesia, soluço e febre.

5 CONCLUSÕES

A maneira como os indivíduos buscam o emagrecimento é motivo de preocupação para os profissionais da saúde, pois aqueles aderem a dietas que comprometem a saúde além do uso de fármacos anorexígenos sem acompanhamento médico e nutricional.

As modificações dos hábitos de vida são de extrema importância para se alcançarem os objetivos estabelecidos no tratamento da obesidade, que tem como princípio reduzir os riscos associados à patologia.

A terapia nutricional com objetivos voltados para perda ponderal consiste em uma reeducação alimentar sempre acompanhada por profissionais nutricionistas. O plano alimentar deve-se basear numa redução da ingestão energética, através da diminuição de consumo de alimentos altamente calóricos, ricos em açúcares e gorduras. É fundamental que as intervenções dietéticas sejam individualizadas para cada pessoa. Para alguns pacientes, a contagem calórica se faz necessária, baseando-se no balanço energético, indicada pela estabilidade ponderal entre o equilíbrio da ingestão calórica consumida e o gasto energético pelo organismo. A partir deste balanço, pode-se calcular um plano alimentar com redução calórica moderada e gradativa. Para outros indivíduos, é suficiente orientar sobre a escolha adequada de alimentos, como por exemplo, aumento do consumo de frutas, verduras, legumes, alimentos ricos em fibras, diminuir consumo de doces e gorduras em geral, levando sempre em consideração os hábitos culturais do paciente, de modo a contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

Além da terapia nutricional, deve-se incentivar o paciente a associá-la à prática de atividade física regular, que pode contribuir com a perda ponderal, alterar de forma favorável a composição corporal, reduzindo a massa de gordura e aumentando a massa muscular, também ajuda no aumento da motilidade, induz a uma sensação de bem estar e melhora as comorbidades metabólicas e clínicas relacionadas à obesidade.

É constatado que, se tais modificações nos hábitos de vida forem insuficientes, pode-se adotar o tratamento farmacológico como uma intervenção adicional à terapia.

A farmacoterapia associada à reeducação alimentar e à atividade física pode obter resultados consideráveis desde que acompanhada por profissionais competentes e utilizada por tempo determinado.

De acordo com estudos baseados em literatura científica, pôde-se observar que entre as causas do uso indiscriminado de medicamentos estão, sobretudo a automedicação, também a multiplicidade de fármacos oferecidos no mercado, acompanhados da comercialização ilegal por parte das drogarias e farmácias e as possíveis negligências médicas nas prescrições.

Então, constatou-se a necessidade de melhor fiscalização, autuação e controle sobre a venda de fármacos para redução de peso.

Há, portanto, a necessidade de esclarecer a população sobre o uso desses medicamentos, o que é permitido e o que não é, diminuindo assim o consumo irracional e o comprometimento da saúde da população acima do peso.

A criação e implantação de leis mais severas e de multas com valores consideráveis para os infratores destas leis podem contribuir para a diminuição do uso indiscriminado dos anorexígenos. Além disso, é imprescindível que a população seja informada e conscientizada dos riscos que o uso descontrolado e desnecessário desses medicamentos causa à saúde. A divulgação pode ser feita através de propagandas nos meios de comunicação e palestras em postos de saúde e escolas.

A realização de estratégias de políticas de saúde com a implantação de programas voltados para o tratamento da obesidade através da formação de equipe multidisciplinar, composta por médicos especialistas, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos, que atendam nos postos de saúde com intuito de oferecer tratamentos adequados para uma perda de peso saudável, pode contribuir para reduzir as formas irracionais pelas quais as pessoas buscam o emagrecimento.

HIGHLIGHTS OF INDISCRIMINATE USE OF DRUGS FOR WEIGHT LOSS

ABSTRACT

The purpose of this present article is to discuss the indiscriminate use of pharmaceuticals for weight loss, inform the possible collateral effects, highlight some irregularities in over-the-counter prescriptions, as well as defining obesity and indicate ways of treatment. Obesity is a chronic disease considered a serious public health problem, characterized by excessive accumulation of fat, compromising the health of the individual and responsible for the emergence of other diseases and / or debilitating co-morbidities. Nutritional therapy is based on a program of eating habits, with gradual and moderate caloric restriction, coupled with physical exercise. If changes in lifestyle are insufficient, it can be adopted pharmacotherapy as additional treatment, but only for patients with severe obesity, or been developing debilitating co-morbidities associated with overweight. Pharmacologic therapy for obesity

should be evaluated and approved by the organizations that control them, due to numerous factors such as: the generalization of prescription drugs, the irrational use of available treatments, abuse in the marketing of compounded drugs, lack of belief in the guidance treatment nutrition. . Each drug has a pharmacological composition that may cause serious side effects such as cardiac arrhythmias, psychotic episodes, and chemical and physical dependence. Therefore, it should be taken with extreme caution, only in special situations, and most importantly, always following medical guidelines. For drugs to be considered safe, it should be possible to analyze the reduction of body weight and improve diseases associated with excess weight, have tolerable adverse effects, prove to be safe and effective while maintaining long term results, affordable, and its mechanism of action should be known.

Keywords: Obesity. Indiscriminate use. Antiobesity drugs.

REFERÊNCIAS

AME: Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem. 8.ed. Petrópolis, RJ: EPUB, 2011.

ANVISA. **Inibidores de apetite no Brasil:** reflexões sobre o seu consumo nos anos de 2009 a 2011. Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados, 2012. Disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_1_2012_modificado.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC nº 52, de 06 de outubro de 2011.** Disponível em:
<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/anorexigenos/pdf/RDC%2052-2011%20DOU%2010%20de%20outubro%20de%202011.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2013.

CAETANO, N. **BPR:** Guia de Remédios. 7.ed. Rio de Janeiro: Escala, 2005.

COLETO, C. C.; CAMPANA, E. M.; KANASHIRO, F. S. Uso racional de medicamentos para obesidade. **Anais do VI Congresso multiprofissional em saúde.** Londrina, PR- UniFil - Centro Universitário Filadélfia. jun. 2012. Disponível em:
<http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2012/8/485_781_publipg.pdf>. Acesso em 23 fev. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.477, de 16 de julho de 1997.** Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1477_1997.htm>. Acesso em: 16 abr. 2013.

GUEDES, L.; CHAVES, C. M. G. **Medicamentos anorexígenos:** aspectos relevantes de utilização dentro do contexto regulatório brasileiro. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em:
<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70117/000821945.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

MACHADO, E. C. **Estratégias de emagrecimento e uso de substâncias para perder peso na cidade de Pelotas: um estudo de base populacional.** Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010. Disponível em: <<http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/uploads/teses/dissert%20eduardo.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

MARTINS, M. C. C. et al. Uso de drogas antiobesidade entre estudantes universitários. Teresina, PI, Departamento de Biofísica e Fisiologia da UFPI- Universidade Federal do Piauí. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 5, p.570-576, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n5/v57n5a17.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2013.

MOURA, C. A. **Anvisa mantém registro de sibutramina e cancela anfetamínicos.** Brasília, DF, ANVISA, 2011. Disponível em: <<http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/hJ>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

MURER, E. Drogas, Anfetaminas e Remédios para Emagrecer. In: VILARTA, R. **Alimentação saudável, atividade física e qualidade de vida.** Campinas: Ipes Editorial, 2007. Cap. 12, p. 211-220.

NEGREIROS, I. I. F. et al. Perfil dos efeitos adversos e contraindicações dos fármacos moduladores do apetite: uma revisão sistemática. **Revista Nutrire: Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição.** São Paulo, ago.2011. v. 36, n.2, p. 137-160. Disponível em: <<http://www.revistanutrire.org.br/files/v36n2/v36n2a10.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2013.

OMARI, A.; CATERSON, I. D. Sobrepeso e Obesidade. In: MANN, J.; TRUSWELL, S. A. **Nutrição Humana.** 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. v. 01, parte 03, cap. 16, p. 255-271.

RIBEIRO, S. Uso de medicamentos para redução de peso corporal. **Revista Seminário de Nutrição,** Foz do Iguaçu, PR, Faculdade União das Américas, 2009. n. 1. Disponível em: <<http://revista.uniamerica.br/index.php/secnutri/article/view/104/94>>. Acesso em: 24 fev. 2013.

TOLEDO, O. R. et al. Uso de medicamentos para perda de peso e índice de massa corporal em universitários do Vale do Araguaia (MT/GO), Amazônia Legal. **Revista Brasileira Clínica Médica,** São Paulo, 2010, v. 8, n. 6, p.480-485. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1595>>. Acesso em: 23 fev. 2013.