

Revisão de literatura: riscos potenciais dos anorexígenos alopatícos no tratamento da obesidade

Nayara Horrana de Oliveira Dias^{1*}, Sebastiana Souza de Lino², Priscila Naiara Araújo Cunha Zucov³

¹Graduanda no curso de Farmácia, da UNEOURO, E-mail: nayhorrana@hotmail.com

²Graduanda no curso de Farmácia, da UNEOURO, E-mail: sebastianasouzalino21@gmail.com

³Graduada em Ciências Biológicas - Ms. em Biologia Celular Aplicada a Saúde, Docente da UNEOURO/RO.

*Autor correspondente: Nayara Horrana de Oliveira Dias, graduanda em Farmácia, UNEOURO, Ouro Preto D'Oeste RO, Brasil. E-mail: nayhorrana@hotmail.com.

Recebido: 15/11/2021; Aceito: 23/12/2021.

Resumo

O Brasil é um dos países com as maiores taxas de obesidade da América do Sul, e diante desta situação, muitos brasileiros passaram a fazer uso indiscriminado de anorexígenos a base de drogas anfetamínicas ou metanfetamínicas para combater a obesidade. O objetivo deste trabalho é evidenciar os riscos potenciais dos anorexígenos alopatícos no tratamento da obesidade. Trata de uma revisão de literatura através de consulta nos bancos de dados SCIELO, MEDLINE e PUBMED, que discorreu sobre a regulamentação dos anorexígenos no Brasil e discutiu sobre os principais mecanismos de ação desses anorexígenos, assim como seus efeitos adversos. Por fim, buscou evidenciar o papel do farmacêutico na promoção do uso seguro e saudável dos anorexígenos. Os resultados revelam que a regulamentação da dispensação dos anorexígenos no Brasil ainda se mostra ineficiente, pois pesquisas revelam que os profissionais que mais receitaram os medicamentos, não têm as competências necessárias para fazê-lo. Os medicamentos: anfepramona, femproporex e mazindol mostraram-se inadequados para pacientes pediátricos ou adultos com doenças cardiovasculares ou psiquiátricas. A abstinência gerada pela anfetamina afeta aproximadamente 87% dos usuários, e os efeitos adversos mais comuns são: nervosismo, insônia, depressão, taquicardia, arritmias, tontura e arritmia. Dessa forma, o uso e dispensação indevida de anorexígenos já pode ser considerado um problema de saúde pública no Brasil, por isso é importante que o profissional farmacêutico informe os pacientes sobre os perigos do uso indiscriminado dos anorexígenos e apoie os profissionais da área apresentando outras formas de tratamento da obesidade.

Palavras-chave: Medicamentos para emagrecer. Emagrecedores. Obesidade e Risco à Saúde.

Abstract

Brazil is one of the countries with the highest obesity rates in South America, and in view of this situation, many Brazilians started to make indiscriminate use of anorectic drugs based on amphetamines or methamphetamines to combat obesity. The aim of this work is to highlight the potential risks of allopathic anorectics in the treatment of obesity. anorectic art mechanisms of action, as well as their adverse effects. Finally, it sought to highlight the role of the pharmacist in promoting the safe and healthy use of anorectics. The results show that gaining from the dispensing of anorectics in Brazil is still inefficient, as research shows that the professionals who most prescribed the medications do not have the required needs to fill it. The medications: amfepramone, femproporex and mazindol are inadequate determinants for pediatric patients or adults with cardiovascular or psychiatric diseases. Withdrawal from amphetamine affects approximately 87% of users, and the most common adverse effects are: nervousness, insomnia, depression, tachycardia, arrhythmias, dizziness and arrhythmia. Thus, the improper use and dispensing of anorectics can already be considered a public health problem in Brazil, so it is important that the pharmacist inform patients about the dangers of the indiscriminate use of anorectics and support professionals in the field along with other ways of obesity treatment.

Keywords: Drugs for weight loss, weight loss, anorectic, obese and health risk.

1. Introdução

Muito se discute sobre o aumento da obesidade no mundo, o consumo excessivo de alimentos como carboidratos e açúcares vêm contribuindo para esse crescimento, sem contar que a falta de atividade física acarreta ainda mais o surgimento dessa doença.

A obesidade é uma doença crônica que envolve fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos e genéticos. De acordo com o *Department of Health and Human Services* (2001), a obesidade se caracteriza pelo acúmulo de gordura corporal resultante do desequilíbrio energético prolongado, que pode ser causado pelo excesso de consumo de calorias e inatividade física. Esse acúmulo energético pode resultar na alteração do metabolismo lipídico, gerando mudanças hormonais, assim como elevação da pressão arterial e a predisposição do aparecimento de doenças cardiovasculares, dislipidemias e diabetes.

O início da obesidade se dá geralmente logo no começo da infância ou na adolescência e está ligado na maioria das vezes à herança genética de seus pais ou ao sedentarismo (FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019).

A OMS revela que o Brasil é um dos países com as maiores taxas de obesidade da América do Sul. Má alimentação, maus hábitos de saúde e falta de exercício são algumas das razões para o surgimento e aumento dessa doença. Neste contexto, na esperança de perder peso rapidamente e sem sacrifícios, especialmente em épocas que antecedem o verão, muitas pessoas preferem usar drogas que reduzam o apetite (CAMPOS; LEITE; ALMEIDA, 2007; GOMES, 2010).

Viver em boa aparência é uma preocupação atual que a sociedade vem se

obrigando a ter, e passando de todos os limites para obter, pessoas de todos os gêneros, faixas etárias e classes sociais desejam a imagem de um corpo magro, pois creem ser este o tipo mais belo. O *bullying* criado à pessoa de tipo “gordinho” e “redondo”, a propaganda com o manequim apenas magrinho e esbelto, e a associação da obesidade com a incidência de doenças sistêmicas, têm levado boa parte da população a se submeter aos mais variados e bizarros tratamentos para perda de peso (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

De acordo com Pereira (2011), a maneira mais frequentemente utilizada para quantificar a obesidade é por meio do índice de massa corporal (IMC). Indivíduos com IMC acima de 25kg/m² são classificados como portadores de sobrepeso e com IMC maior ou igual a 30 kg/m² são considerados obesos. Atualmente, cerca de 1,1 bilhão de adultos e 10% das crianças no mundo têm sobrepeso ou obesidade (GOMES *et al.*, 2010).

Os medicamentos indicados para auxiliar no tratamento para emagrecimento são, na maioria, controlados (anorexígenos). Eles podem auxiliar no emagrecimento de duas formas: ajudando o indivíduo a comer menos, ou diminuindo a absorção de nutrientes.

A anfetamina, primeiro anorexígeno utilizado no manejo dos regimes de emagrecimento, atua no sistema nervoso central inibindo o apetite (WEINTRAUB, 1992). Outro grupo de drogas são os inibidores seletivos de lipase pancreática, esses diminuem em um terço a absorção de gorduras da dieta. Os medicamentos chamados termogênicos atuam em vários sistemas do organismo, com o intuito de aumentar o gasto energético como a cafeína, hormônios da tireóide e efedrina. Outros tipos de medicamentos muito utilizados são os

sacienógenos que atuam no sistema nervoso central aumentando a saciedade, fazendo com que a pessoa coma pouco e sinta-se logo satisfeita (MCNEELY, 1998).

Anorexígenos utilizados sem supervisão podem ser altamente prejudiciais e perigosos, pois podem causar aceleração cardíaca, aumento da pressão arterial, risco cardiovascular, fadiga entre outros. O trânsito intestinal pode sofrer com esses produtos, especialmente se quem os consome sofre de constipação. A diarreia também pode ocorrer se consumir muito e não beber água suficiente (SANTOS; SILVA; MODESTO, 2019).

O Brasil apresenta um alto índice de pessoas que fazem o uso indiscriminado de anorexígenos a base de drogas anfetamínicas ou metanfetamínicas, por esta razão este trabalho buscou evidenciar o risco potencial e efeitos indesejáveis que os anorexígenos alopáticos utilizados no tratamento da obesidade podem causar no organismo, caso não sejam usados com o devido acompanhamento médico ou nutricional.

Foi realizada uma revisão da literatura, através de consulta nos bancos de dados da SCIELO (Biblioteca Eletrônica Científica Online), MEDLINE e PUBMED (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), empregando-se as seguintes palavras-chave: medicamentos para emagrecer, anorexígenos, obesidade e risco a saúde.

O artigo discorreu sobre a regulamentação dos anorexígenos no Brasil, discutiu sobre os principais mecanismos de ação desses anorexígenos, assim como seus efeitos adversos, além de evidenciar o papel do farmacêutico na promoção do uso seguro e saudável dos anorexígenos.

2. Metodologia

Para o desenvolvimento deste estudo efetuou-se uma revisão sistemática, com estudo observacional retrospectivo e análise crítica da literatura afim de responder os objetivos da pesquisa. As fases desta revisão foram: definição do tema e desenho do estudo, critérios para a seleção dos estudos, pesquisa e avaliação dos dados, interpretação dos resultados e produção da revisão. O levantamento dos artigos foi realizado nos principais periódicos indexados nas bases de dados: Google Acadêmico e SciELO. Os critérios de inclusão para a seleção do estudo foram: artigos científicos, incluindo pesquisas originais e revisões, disponíveis eletronicamente, divulgados nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola, em periódicos nacionais e internacionais, independente do ano de publicação. Os critérios de exclusão foram artigos em duplicidade, dissertação, teses, resumos, e qualquer um destes que não respondesse à problemática desta pesquisa.

3. Resultados e Discussões

3.1 Regulamentação dos Anorexígenos no Brasil

No Brasil, o uso de emagrecedores à base de anfetamina, no ano de 2005, já era 40 vezes maior do que o seu uso em países da União Europeia. Cinco anos depois, em 2010, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA chegou a constatar várias irregularidades nas prescrições dos medicamentos anorexígenos alopáticos ao redor do país. Segundo a Agência, os dez profissionais que mais prescreviam esses remédios não eram da área de endocrinologia, o que passou a ser uma descoberta alarmante, pois se tratava de profissionais inadequados para esse tipo de prescrição. Segundo a ANVISA, o maior prescritor de femproporex,

por exemplo, era um dermatologista (PAUMGARTTEN, 2017; FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019).

Entre os dez maiores prescritores de sibutramina, está um médico do tráfico, que cuida da saúde de caminhoneiros e profissionais do trânsito. Entre os dez médicos que mais prescrevem anfepramona no Brasil no ano passado, estão um ginecologista e outro gastroenterologista. Entre os que mais prescrevem o emagrecedor mazindol há um pediatra (MARTINS *et al.*, 2012, p. 3340).

Geralmente os consumidores dos anorexígenos alopatícos no Brasil não têm conhecimento das etapas no processo de transformação de um fármaco em medicamento. Sequer têm o conhecimento básico de como se dá o processo de controle de qualidade desses medicamentos ou qual órgão público é o responsável por esse controle no país (BRUNING; MOSEGUI; VIANNA, 2012).

Atualmente, o processo de transformação desses fármacos em medicamento e seu controle de qualidade é regulamentado pelas Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos (Resolução-RDC ANVISA nº 210 de 04 de agosto de 2003) e pelas Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais para Uso Humano em Farmácias (RDC ANVISA nº 67 de 08 de outubro de 2007) (PAUMGARTTEN, 2017).

Esses padrões diferem quanto ao uso de matérias-primas e liberação de produtos finais. Os medicamentos industrializados passam por um processo de pré-aprovação antes do lançamento, no qual são avaliados os documentos relacionados à qualidade, segurança e eficácia do produto. Na maioria

dos países, as farmácias possuem manipulação de medicamentos para fazer frente à situação em que os medicamentos industrializados existentes não podem atender às necessidades dos pacientes e não podem garantir que as farmácias atendam às mesmas condições de controle de qualidade necessário para os medicamentos fabricados pelas indústrias modernas. Dada a possibilidade de escolha entre esses medicamentos, é importante entender as características que os diferenciam (BARATA-SILVA *et al.*, 2017).

Como já vimos, o índice de consumo de anorexígenos alopatícos no Brasil é muito alto, a ponto de colocar o país em posição de destaque nas estatísticas mundiais divulgadas pelos órgãos de monitoramento de consumo internacional. E, devido às suas propriedades farmacológicas, essas substâncias representam um enorme risco para a saúde pública sempre que mal administradas (MARTINS *et al.*, 2012). Por isso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou as resoluções RDC 58/07 e RDC 27/07:

considerando a Resolução nº 273, de 30 de agosto de 1995, do Conselho Federal de Farmácia, que veda ao farmacêutico por tempo indeterminado a formulação de produto magistral contendo associações medicamentosas, que tenham em sua formulação as substâncias: dietilpropiona ou anfepramona, d-fenfluramina, l-fenfluramina, fenproporex, manzidol, quando associadas entre si e/ou a outras substâncias de ação no sistema nervoso central (inclusive as benzodiazepinas) e/ou substâncias de ação no sistema endócrino. (BRASIL, 2007)

Como se pode apreciar, nessas resoluções foram introduzidas algumas modificações com o objetivo de tornar mais efetivo o controle sobre esses tipos de medicamentos (PAUMGARTTEN, 2017). Porém, sabe-se muito bem que o Brasil ainda tem muito a recorrer para alcançar um controle efetivo da produção, prescrição e venda desses produtos.

O cenário atual do Brasil mostra que o uso de medicamentos anorexígenos alopáticos é um problema de saúde pública e indica a necessidade de reavaliar as políticas anteriores do país com relação a esses produtos, bem como os padrões para monitorar sua distribuição e consumo.

3.2 Anorexígenos Mais Utilizados e Seus Mecanismos

Os principais representantes dos medicamentos para anorexia disponíveis no Brasil hoje são os derivados da β -fenetilamina, ou anfetaminas, como a bupropiona (também conhecida como dietil propionato), o femproporex e a sibutramina. Além disso, existe o mazindol, que é uma imidazolina do ponto de vista químico (MARTINS *et al.*, 2012). Geralmente, essas drogas atuam suprimindo o apetite, promovendo a saciedade ou aumentando a termogênese. Entre os derivados da anfetamina, a fenfluramina e a dexfenfluramina têm sido focadas clinicamente, mas devido ao alto risco de causar valvopatia e hipertensão pulmonar, são atualmente consideradas ilegais (BARATA-SILVA, 2017).

A bupropiona e o femproporex são semelhantes ao mazindol em termos de mecanismo, efeitos clínicos, reações adversas e contra-indicações. Essa semelhança se deve em grande parte ao aumento da

biodisponibilidade orgânica de aminas biogênicas, especialmente noradrenalina, adrenalina e dopamina, que promovem a estimulação do sistema nervoso periférico e do sistema nervoso central (NEGREIROS *et al.*, 2011). O aumento do tônus simpático causado por tais drogas leva diretamente ao efeito anorexígeno dessas drogas, mas também leva a reações adversas, toxicidade sistêmica e contra-indicações.

A anfepramona é derivada da fenetilamina e é uma droga anoréxica projetada para substituir a anfetamina no tratamento da obesidade. É dez vezes mais eficaz que a d-anfetamina na manutenção do comportamento de autoadministração e tem menos atividade estimulante que a anfetamina (LUCCHETTA *et al.*, 2017). A modificação do carbono β , adicionando um grupo cetona e dois grupos etila ao nitrogênio terminal reduz seu efeito estimulante no sistema nervoso e mantém suas propriedades anorexígenas. Do ponto de vista da sua farmacocinética, é bem absorvido após administração oral, atingindo a concentração máxima entre 60 e 120 minutos, e a meia-vida é de 5 a 8 horas. Atravessa a barreira hematoencefálica e a principal forma ativa são os metabólitos do fígado, 70% é excretado na urina (SUPLICY *et al.*, 2014).

O femproporex é um estimulador do nervo simpaticomimético central e inibidor da enzima MAO (monoamina oxidase), que é uma enzima presente em animais cuja função é degradar monoaminas (CARDOZO *et al.*, 2013). Atua na neurotransmissão noradrenérgica e dopaminérgica e nas vesículas pré-sinápticas, induz a liberação de neurotransmissores e inibe a recaptação da dopamina no centro de alimentação localizado fora do hipotálamo. Após a administração, o femproporex é bioconvertido em anfetamina e, em seguida, eliminado (MORENO;

MORENO; SOARES, 2019). O resultado final do efeito da anfetamina no terminal dopaminérgico é um aumento na concentração de dopamina na fenda sináptica. A dopamina interage com a dopamina D1 e D2 para iniciar uma série de eventos que alteram a atividade neural e, por fim, o comportamento do paciente (MOREIRA; ALVES, 2015).

O mazindol é um estimulante cuja ação é semelhante à dexanfetamina, embora os dois compostos não estejam estruturalmente relacionados. A droga é derivada da imidazolina (não possui grupo fenetilamina) e é semelhante a um antidepressivo porque bloqueia a recaptação de noradrenalina e dopamina pelas terminações nervosas, altera o mecanismo de energia periférica e aumenta a ingestão de glicose no músculo esquelético. Não produz euforia, porém, é menos provável de ser abusado em comparação com outras drogas anoréxicas (LUCCHETTA *et al.*, 2017).

A sibutramina foi originalmente desenvolvida para tratar a depressão, mas encontrou pouca eficácia no tratamento dessa doença mental. Mais tarde, ensaios clínicos descobriram que tem o efeito de suprimir o apetite e é atualmente um dos medicamentos para perda de peso mais comumente usado no Brasil (MARTINS *et al.*, 2012). Este medicamento funciona bloqueando a recaptação da serotonina, norepinefrina e, em menor grau, da dopamina nas sinapses nervosas. Isso aumenta a saciedade, o que reduz a ingestão de alimentos e estimula a termogênese que ajuda na perda de peso. Quando os receptores de serotonina no núcleo paraventricular do hipotálamo são estimulados, o consumo de alimentos gordurosos mediado principalmente pelo receptor serotoninérgico 5-HT_{2C} é reduzido (CAVALCANTE *et al.*, 2013).

A recomendação do tipo de

medicamento anorexígeno varia de acordo com a situação do paciente. A presença de hipertensão, doenças pulmonares e cardíacas podem interferir nas medidas de tratamento indicadas pelo médico, e o médico deve avaliar cada caso. Todos os medicamentos mencionados até agora podem tratar eficazmente a obesidade, juntamente com aconselhamento nutricional e exercício físico. Portanto, anfepramona, femproporex e mazindol são adequados para pacientes adultos sem doenças cardiovasculares ou psiquiátricas relacionadas. Além de reduzir o peso, a sibutramina pode tratar efetivamente os componentes da síndrome metabólica. Nenhum estudo foi realizado em mulheres grávidas ou amamentando (CAVALCANTE *et al.*, 2013).

3.3 Efeitos Adversos e Contraindicações

O uso e abuso destes medicamentos podem causar sérios problemas de saúde aos indivíduos, levando a sérios riscos de tolerância e dependência química. O conceito de dependência química é caracterizado pelo uso repetido de uma substância, o que faz com que o indivíduo deseje fortemente usá-la para suprimir os impulsos físicos, mentais e psicológicos gerados pelo não uso (MOREIRA; ALVES, 2015). Algumas drogas, como por exemplo o ecstasy, têm a função de proporcionar ansiedade emocional e social, pois essa substância produz um sentimento de aceitação, principalmente em festas, quando o usuário deseja ser forte e desinibido diante das pessoas ao seu redor. Em relação ao vício causado pelos anorexígenos, muitas são as correlações entre problemas físicos e psicológicos, pois o usuário frequente insiste no uso do medicamento como se fosse uma válvula de escape relacionada ao peso, seja por motivos estéticos ou por problemas de saúde, como

obesidade ou transtorno alimentar (anorexia e bulimia) (MUAKAD, 2013). lactação (NACCARATO; LAGO, 2014).

No entanto, a tolerância obtida com o uso de longo prazo pode levar ao consumo de doses mais altas para manter os mesmos efeitos anteriores, o que “pode provocar lesões nos corpos celulares dos neurônios dopaminérgicos e serotoninérgicos localizados em várias áreas cerebrais, inclusive em células endoteliais da barreira hematoencefálica” (MOREIRA; ALVES, 2015, P. 89).

A abstinência gerada pela anfetamina afeta aproximadamente 87% dos usuários, e o uso a longo prazo pode levar à exaustão. O estado de alerta, euforia e energia é substituído por depressão, fadiga, desejos intensos, insônia e sintomas psicóticos. É importante ressaltar que atualmente não existe um método específico para o tratamento eficaz da dependência de anfetaminas, porém, buscar o diagnóstico precoce ainda é uma solução para controlar a dependência e motivar os pacientes a melhorarem seu quadro (GUSSO; LOPES, 2012). Ademais de entender como os medicamentos anorexígenos podem causar dependência, a seguir na Tabela 1, apresentaremos outros possíveis efeitos colaterais causados pelo consumo daqueles anorexígenos mais utilizados no Brasil.

Sobre a anfepramona além dos efeitos adversos mencionados na tabela, outros autores evidenciam que a interrupção repentina do medicamento pode causar fadiga extrema, depressão e alterações no eletrocardiograma. As contra-indicações, encontradas na literatura foram: aterosclerose tardia, hipertireoidismo, glaucoma, alergia a aminas, hipertensão arterial sistêmica grave, agitação, história de abuso de drogas no passado, uso concomitante de IMAO (Inibidores da Monoamina Oxidase), crianças menores de 12 anos, epilepsia, gravidez e

Tabela 1 – Anorexígenos mais utilizados

ANOREXÍGENO	POSOLOGIA	MECANISMO DE AÇÃO	AFEITOS ADVERSOS
Anfepramona	Varia entre 25 e 75mg ao dia	Aumenta a produção de noradrenalina e dopamina. Estimula os núcleos hipotalâmicos laterais e, inibindo assim a fome	Hipertensão arterial sistêmica, hipertensão pulmonar primária e palpitações, diarreia, boca seca e constipação, episódios psicóticos, nervosismo, insônia e depressão, disfunção erétil e poliúria
Femproporex	Varia entre 20 a 40mg por dia	Induz a liberação de neurotransmissores e inibe a recaptação de dopamina no centro de alimentação, localizado no hipotálamo lateral	Hipertensão arterial sistêmica, hipertensão pulmonar, taquicardia, tontura, vômitos, boca seca, constipação, nervosismo, ansiedade, cefaleia, insônia e glaucoma
Mazindol	Varia entre 1 a 3mg por dia	Estimula o hipotálamo para diminuir o apetite	Taquicardia, arritmias, lipotímia e posterior síncope, tontura, vômitos, diarreia, boca seca, constipação, nervosismo, insônia, dores de cabeça e aumento da sudorese
Sibutramina	Varia entre 1 a 30mg por dia, sendo 5, 10 e 15mg, as doses mais frequentemente usadas	Inibe a recaptação da noradrenalina, serotonina e dopamina	Arritmia, hipertensão arterial sistêmica, palpitações, taquicardia e aumento da frequência cardíaca

Fonte: (NEGREIROS *et al.*, 2011)

As contraindicações descritas nos artigos revisados sobre o femproporex foram: enfermidades cardiovasculares sintomáticas, hipertensão arterial sistêmica severa, aterosclerose, hipertireoidismo, glaucoma, alcoolismo, historial de abuso de drogas, instabilidade emocional, transtornos psiquiátricos e gravidez. Uma característica especial relacionada ao femproporex é que o fármaco causa alterações na reprodução humana ao interferir no processo de formação do blastocisto, portanto, recomenda-se que mulheres em idade fértil o utilizem de forma limitada (MOREIRA; ALVES, 2015).

O efeito colateral mais comum do

manzidol deste fármaco é a hipertensão pulmonar (MOREIRA; ALVES, 2015). As contraindicações encontradas deste medicamento são: hipertensão arterial sistêmica severa, enfermidades cardiovasculares sintomáticas, glaucoma, agitação, história de abuso de drogas, uremia e crianças com menos de 12 anos (LUCCHETTA *et al.*, 2017).

As principais reações da sibutramina adversas notificadas na literatura ocorreram no sistema cardiovascular, nomeadamente: arritmia, hipertensão arterial sistêmica, palpitações, taquicardia e aumento da frequência cardíaca. Em relação ao sistema

gastrointestinal, podem ocorrer os seguintes sintomas: náuseas, vômitos, boca seca e prisão de ventre. As reações adversas que envolvem o sistema nervoso central são: insônia, dor de cabeça e tontura. Entre as maiores incidências de reações adversas, as seguintes são as mais proeminentes: dor de cabeça, boca seca, prisão de ventre, insônia e infecções (NACCARATO; LAGO, 2014).

Os problemas gerados pelos medicamentos anorexígenos têm feito deles alvo de muitas controvérsias, principalmente no que diz respeito à sua capacidade de se tornarem perigosos, levando seus consumidores à dependência física e mental. É importante destacar que as interações de outros fármacos ou álcool aumentam o risco de efeitos colaterais e a possibilidade de tolerância e dependência. O uso prolongado dos anorexígenos pode causar perda significativa de peso, ataxia e dores musculares e articulares (SANTOS; SILVA; MODESTO, 2019).

3.4 O Papel do Farmacêutico na Promoção do uso Seguro e Saudável dos Anorexígenos

Na atual situação da saúde pública no Brasil, o farmacêutico, por ser o profissional de mais fácil acesso a população, destaca-se na atenção à saúde e ao paciente, sendo um dos profissionais de maior competência quando o assunto é medicamentos, suas ações, suas reações e sua eficácia. Desta forma, esse profissional pode ser mais eficiente, auxiliando no tratamento contra a obesidade, minimizando inclusive os possíveis erros durante o uso desses fármacos (RADAELLI; PEDROSO; MEDEIROS, 2016).

A assistência farmacêutica ao paciente que faz uso de medicamentos emagrecedores é muito importante, pois por meio da educação em saúde o farmacêutico pode

orientar sobre os prós e os contras desses medicamentos. Além disso, o farmacêutico trabalha com outros profissionais para avaliar o tratamento e discutir a melhor droga a ser utilizada de acordo com a necessidade de cada paciente (DE CARVALHO; DE ANDRADE, 2021).

O papel do farmacêutico na dispensação dos anorexígenos é muito importante, pois são nessas ocasiões que o profissional pode instruir ao paciente quanto ao método correto e saudável de medicação, esclarecer todas as dúvidas e atingir metas efetivas e resultados seguros, promovendo assim uma forma saudável de emagrecer. Além disso, na hora de dispensar os medicamentos, o farmacêutico pode tirar todas as dúvidas e alertar sobre o uso abusivo e overdose desses medicamentos (LIMA *et al.*, 2018; ANDRADE *et al.*, 2019).

Também é importante que o farmacêutico tenha a responsabilidade de informar os pacientes sobre outras formas de tratamento da obesidade, apontar a importância da mudança de hábitos diários, introduzir a prática de exercícios físicos e esclarecer a importância do acompanhamento de outros profissionais, como nutricionistas que apresentem hábitos alimentares saudáveis, etc.

4. Considerações Finais

Este estudo mostrou as várias irregularidades na prescrição dos anorexígenos no país. O Brasil, país com uma das mais altas taxas de consumo de anorexígenos alopáticos em comparação com outros países da América e da Europa, mantém um controle de qualidade ainda muito precário e desatualizado, permitindo que chegue às mãos de pessoas leigas estes fármacos por meio de prescrições feitas por

profissionais alheios à área da endocrinologia. Este cenário faz com que o uso destes medicamentos passe a ser um problema de saúde pública no país.

A literatura mostrou que os anorexígenos agem principalmente suprimindo o apetite, promovendo assim uma sensação de saciedade, juntamente com a estimulação do sistema nervoso periférico e do sistema nervoso central. No Brasil, o medicamento mais consumido mostrou-se ser a sibutramina, uma droga que foi originalmente desenvolvida para tratar a depressão, mas que foi descoberto seu poder inibidor do apetite logo após o seu lançamento.

O uso e abuso destas drogas podem causar problemas de saúde aos seus consumidores, levando a sérios riscos de tolerância e dependência química. A abstinência gerada pela anfetamina afeta aproximadamente 87% dos usuários. O estado de alerta, euforia e energia é comumente substituído por depressão, fadiga, desejos intensos, insônia e sintomas psicóticos. Os efeitos colaterais e as contraindicações mostraram ser muito similares em todos os medicamentos estudados, sendo muito comum os seguintes efeitos adversos: nervosismo, insônia, depressão, taquicardia, arritmias, tontura e arritmia; e as seguintes contraindicações: hipertensão arterial, enfermidades cardiovasculares sintomáticas, agitação, história de abuso de drogas, uremia e crianças com menos de 12 anos. Por isso é importante que o farmacêutico, na dispensação desses fármacos, informe os pacientes sobre os perigos do uso indiscriminado dos anorexígenos e apresente outras formas de tratamento da obesidade.

5. Referências Bibliográficas

ANDRADE, T.B; ANDRADE, G.B.; HONORATO DE JESUS, J.; SILVA, J.N. O farmacêutico frente aos riscos do uso de

inibidores de apetite: a sibutramina. **FAEMA**, v. 10, n. 1, p. 81-92, 2019.

BARATA-SILVA, Cristiane *et al.* Desafios ao controle da qualidade de medicamentos no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, pp. 362-370, 2017.

BRASIL. **Resolução - RDC nº 58, de 5 de setembro de 2007**. Brasília, DF, 2007.

BRUNING, Maria R.; MOSEGUI, Gabriela G.; VIANNA, Cid M. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, pp. 2675-2685, 2012.

CAMPOS, Lício A.; LEITE, Álvaro M.; ALMEIDA, Paulo C. Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes escolares do município de Fortaleza, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 2, pp. 183-190.

CARDOZO, Monique; LIMA, Keila; FRANCA, Tanos; LIMA, Antônio Luiz. Aminas biogênicas: um problema de saúde pública. **Revista Virtual de Química**, v. 5, n. 2, pp. 149-168, 2013.

CAVALCANTE, Ana Caroline *et al.* Efeitos adversos desencadeados pelo uso de medicamentos anorexígenos. **EFDeportes.com**, v. 18, n. 185. 2013. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd185/efeitos-adversos-de-medicamentos-anorexigenos.htm>

DE CARVALHO, Luan; DE ANDRADE, Leonardo. Assistência farmacêutica a frente aos riscos do consumo abusivo de remédios para emagrecer. **REASE**, v. 7, n. 10, p. 1846-

1856, 2021.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Revent and Decrease Overweight and Obesity**. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.

FERREIRA, Arthur Pate S; SZWARCOWALD, Célia L.; DAMACENA, Giseli N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2019.v22/e190024/pt> Acesso em: 30 out. 2021.

GOMES, Fernando *et al.* Obesidade e doença arterial coronariana: papel da inflamação vascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 2, pp. 273-279, 2010.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática I e II. São Paulo: Artmed, 2012.

LIMA, T.A.; FRANCO, T.F.; PEREIRA, L.L.; GODOY, M.F. Análise das prescrições de sibutramina em drogaria. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 15, 2018.

LUCCHETTA, Rosa Camila. *et al.* Anfepramona e mazindol: um fim à discussão? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 63, n. 3. pp. 203-206, 2017.

MARCELINO, Liete F.; PATRÍCIO, Zuleica M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, pp. 4767- 4776, 2011.

MARTINS, Eduardo M. *et al.* Dispensações de psicotrópicos anorexígenos no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, pp. 3331-3342, 2012.

MCNEELY, W.; GOA, K. L. Sibutramine: a review of its contribution to the management of obesity. **Drugs**, v. 56, n. 6, pp. 1093-1124, 1998.

MOREIRA, Francielly; ALVES, Antônio. Utilização de anfetaminas como anorexígenos relacionadas à obesidade. **Revista Científica da FHO**, v. 3, n. 1. pp. 84-91, 2015.

MORENO, Ricardo; MORENO, Doris; SOARES, Márcia. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 21, n. 1. pp. 24-40, 2019.

MUAKAD, Irene. Anfetaminas e drogas derivadas. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, v. 108, p. 545-572, 2013.

NACCARATO, Monique; LAGO, Eloi Marcos. Uso dos anorexígenos anfepramona e sibutramina: benefício ou prejuízo à saúde? **Revista Saúde**, v.8, n. 1/2, pp. 66-72, 2014.

NEGREIROS, Igor Israel *et al.* Perfil dos efeitos adversos e contraindicações dos fármacos moduladores do apetite: uma revisão sistemática. **Nutrire**, v. 36, n. 2, p. 137-160, 2011.

PAUMGARTTEN, Francisco R. The return of amphetamine-like anorectics: a backward step in the practice of evidence-based medicine in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 10, 2017.

PEREIRA, Dressiane Z. **A representação social de um corpo magno por adolescentes obesos**. Dissertação (Mestrado em Saúde

Pública) São Paulo: Universidade de São Paulo. 2011.

RADAELLI, M.; PEDROSO, R.C.; MEDEIROS, L.F. Farmacoterapia da obesidade: benefícios e riscos. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 4, n. 1, pp. 101-115, 2016.

SANTOS, Kadu P.; SILVA Guilherme E.; MODESTO, Karina R. Perigo dos medicamentos para emagrecer. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 2, n. 1, pp. 37-45, 2019.

SUPLICY, H. *et al.* A comparative study of five centrally acting drugs on the pharmacological treatment of obesity. **International Journal of Obesity**, v. 38, 1097–1103, 2014.

WEINTRAUB, M. Long-term Weight Control: the eight National Heart, Lung and Blood Institute funded multimodel intervention study. **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, v. 51. pp. 581-646, 1992.