XXIX SEPE Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão
Teaching, Research and Extension Symposium
Presente e futuro:
uso consciente da Inteligência Artificial
Today and tomorrow:
the conscious use of Artificial Intelligence
E-book
ISBN 978-65-5852-415-1
20 A 22 DE OUTUBRO DE 2025
OCTOBER 20th to 22nd, 2025
UFN Universidade Franciscana Franciscan University

https://doi.org/10.48195/sepe2025.29522

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA OBESIDADE NO BRASIL: EVOLUÇÃO, DESAFIOS E RISCOS DO USO INDEVIDO

Gabriela Teixeira Rigo Corrêa[1]*; Gabrielle Maganha Francesquetto[2]; Manuela Peres Perotti[3]; Letícia Fernandes Cechin[4]; Fabiane Budel[5]

RESUMO

A obesidade é uma doença metabólica crônica definida por Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², associada a comorbidades como diabetes tipo 2, hipertensão e doenças cardiovasculares. Seu trata-mento evoluiu significativamente nas últimas décadas, combinando mudanças no estilo de vida com o uso de medicamentos ou, em casos específicos, cirurgia bariátrica disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo do tempo, os fármacos tornaram-se mais seguros e eficazes, reduzindo riscos aos pacientes. Apesar disso, o uso indiscriminado de fármacos para emagrecimento ainda persiste, exigindo atenção aos riscos e à necessidade de uso responsável. O presente trabalho tem como objetivo analisar a evolução do tratamento farmacológico da obesidade no Brasil, avaliando a eficácia, segurança, acessibilidade e os riscos do uso indevido dos métodos disponíveis. Trata-se de um estudo de revisão de literatura em bases de dados científicas, como Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico, além da consulta a documentos e notícias oficiais da Anvisa. Identificou-se que diversos medicamentos foram proibidos por efeitos adversos graves, como problemas cardiovasculares, dependência, tolerância, e aumento do risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Observou-se o desenvolvimento de opções mais seguras e eficazes (tirzepatida, semaglutida e liraglutida), outras medicações aprovadas no Brasil para o tratamento da obesidade e também medicamentos usados de maneira off-label. Entretanto, o uso indevido, sem acompanhamento médico, tem sido significativo nos dias atuais. Conclui-se que, embora métodos mais seguros e eficazes tenham sido desenvolvidos, o alto custo ainda limita o acesso. Além disso, o uso indevido de fármacos aprovados ou proibidos ainda é um problema grave, representando riscos à saúde e reforçando a necessidade de acompanhamento profissional e regulamentação rigorosa. Portanto, é urgente promover políticas que ampliem o acesso e incentivem o uso responsável dos medicamentos no país.

[1]Gabriela Teixeira Rigo Corrêa - Graduanda em Medicina - Universidade Franciscana (UFN) – Departamento de Medicina –Santa Maria – RS – Brasil. E-mail: gabrielarigocorrea@gmail.com ORCID: 0009-0008-0401-0173

[2]Gabrielle Maganha Francesquetto – Graduanda em Medicina – Universidade Franciscana (UFN) – Departamento de Medicina – Santa Maria – RS – Brasil. Email: gabriellef477@gmail.com ORCID: 0009-0001-1910-3822

[3]Manuela Peres Perotti – Graduanda em Medicina – Universidade Franciscana (UFN) – Departamento de Medicina – Santa Maria – RS – Brasil. Email: manuperotti@hotmail.com ORCID: 0009-0005-7087-8067

[4]Letícia Fernandes Cechin – Graduanda em Medicina – Universidade Franciscana (UFN) – Departamento de Medicina – Santa Maria – RS – Brasil. Email: jinnieleticia@gmail.com ORCID: 0009-0002-8311-8911

[5]Fabiane Budel – Docente do Curso de Medicina – Professora Mestre em Saúde da Família – Universidade Franciscana (UFN) – Departamento de Medicina – Santa Maria – RS – Brasil. Email: fabianebudel@gmail.com ORCID: 0000-0003-3135-1543

Palavras-chave: **Agonistas GLP1; Efeitos adversos; Eficácia; Farmacoterapia;Uso Off-Label.**

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença metabólica crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, resultado da interação entre fatores ambientais, como má alimentação e sedentarismo, e predisposição genética (Faria et al., 2010). No Brasil, cerca de 20% da população tem obesidade e 60% está acima do peso, de acordo com o IBGE, incluindo toda faixa etária, gênero e etnia (Ramos et al., 2025).

Uma das formas mais comuns para definir obesidade é o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 30 kg/m², levando-se podendo estar presentes comorbidades graves, como Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensão, doenças cardiovasculares, apneia do sono e transtornos psicológicos (Faria et al., 2010). A tabela de classificação do IMC classifica a obesidade da seguinte forma: Grau I (IMC entre 30 e 34,99 kg/m²), Grau II (IMC entre 35 e 39,99 kg/m²) e Grau III (IMC maior que 40 kg/m²), sendo este o caso mais grave onde se enquadram os chamados obesos mórbidos (Ramos et al., 2025).

Para tratamento da obesidade, a indicação de uso de fármacos acontece quando o paciente tem um Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 kg/m², quando tem o IMC superior a 27 kg/m² e possui comorbidades relacionadas ao excesso de peso ou em situações nas quais o tratamento com apenas modificações comportamentais provou ser infrutífero. O paciente obeso deve ser avaliado cuidadosamente em relação aos hábitos alimentares, atividade física, presença de sintomas depressivos, comorbidades relacionadas à obesidade e à possibilidade de desenvolvimento de efeitos colaterais do fármaco escolhido, de acordo com o perfil do paciente e suas peculiaridades (Mancini, M. C.; Halpern, A., 2002).

É importante ressaltar que o uso de medicamentos apenas se justifica em conjunto com orientação dietética, mudanças de estilo de vida e suporte psicológico e não é considerado uma cura para a obesidade, pois quando descontinuado, pode ocorrer reganho de peso (Mancini, M. C.; Halpern, A., 2002). Deve ser associado a exercícios físicos para aumentar o gasto calórico e orientações nutricionais para diminuir o consumo de calorias, principalmente de gordura (Mancini, M. C.; Halpern, A., 2002). Dessa forma, a intervenção medicamentosa é vista apenas como um complemento, não como substituto das medidas não medicamentosas (Ramos et al., 2025).

Além disso, a procura por um emagrecimento rápido pode motivar o uso irracional desses medicamentos, sem atentar para os seus efeitos colaterais e riscos. Soluções rápidas são potencialmente perigosas e a pressão social relacionada a padrões de beleza pode influenciar a percepção do peso ideal (Oliveira, N. M.; Pereira, J. R., 2023).

Para que o tratamento da obesidade seja seguro e alcance sua efetividade, trazendo melhorias no bem-estar e da saúde metabólica do indivíduo, é preciso orientação de um profissional da área da saúde, assim como o medicamento utilizado deve ter o registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Oliveira, N. M.; Pereira, J. R., 2023). O atual tratamento disponível para obesidade no sistema único de saúde (SUS) é não medicamentoso, baseado em mudanças no estilo de vida, com alimentação saudável e prática de atividade física associados a suporte psicológico. Para casos específicos, existe a possibilidade de indicação para cirurgia bariátrica (Ramos et al., 2025).

Tendo em vista a popularização do uso de medicamentos para emagrecimento e a importância do uso racional e seguro destes fármacos, conhecer a trajetória da disponibilidade destes medicamentos no Brasil e suas principais características apresenta-se como um tema atual e relevante para o embasamento científico da prática da medicina.

2. METODOLOGIA

Para este trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando as bases de dados SciELO e Google Acadêmico, priorizando artigos publicados nos últimos cinco anos. Também foram incluídos dois artigos dos anos de 2002 e 2010, por conterem dados históricos importantes para a contextualização da evolução do tratamento farmacológico da obesidade no Brasil. Além disso, foram consultados documentos e comunicados oficiais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para complementar a revisão. A seleção das fontes considerou relevância, atualidade e credibilidade, com foco em estudos sobre eficácia, segurança e regulamentação dos medicamentos utilizados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, serão apresentados e analisados os principais medicamentos utilizados no tratamento da obesidade no Brasil, com destaque para sua evolução, eficácia, segurança e impactos relacionados ao uso. Os dados foram organizados nas seguintes categorias: medicamentos aprovados pela ANVISA; medicamentos suspensos pela ANVISA; medicamentos de uso off-label para emagrecimento; tratamento disponível no Sistema Único de Saúde (SUS).

Na sequência, para facilitar a compreensão, será apresentada uma linha do tempo ilustrativa que sintetiza de forma cronológica a trajetória dos medicamentos usados no tratamento da obesidade no Brasil.

3.1 MEDICAMENTOS APROVADOS PELA ANVISA

3.1.1 Sibutramina

A sibutramina é um estimulante do sistema nervoso central e seu mecanismo de ação ocorre através do bloqueio na recaptação dos receptores pré-sinápticos de noradrenalina e serotonina no hipotálamo, promovendo a inibição destes, o que provoca uma falsa saciedade e faz com que o indivíduo não coma compulsivamente (Ramos et al., 2025).

Este fármaco possui registro válido desde 1998, sendo o medicamento para emagrecer mais antigo no Brasil. Em 2011, o uso do mesmo foi restringido pela ANVISA com a exigência de uma receita especial para prescrição e comercialização do produto, devendo ser indicada pelo médico em Notificação de Receita do tipo B2, com validade de 30 dias, quantidade suficiente para 30 dias de tratamento e dose máxima diária de 15 mg (Brasil, 2022). A sibutramina pode ser usada por, no máximo, sessenta dias de tratamento (Ramos et al., 2025).

Os efeitos colaterais mais comuns são: cefaleia, náuseas, boca seca, constipação, insônia, sudorese, taquicardia, dispneia, alteração do paladar e parestesias. Os principais efeitos ocorrem sobre o sistema cardiovascular, causando aumento da frequência cardíaca e hipertensão arterial (Ramos et al., 2025). Pode causar transtornos alimentares, como bulimia e anorexia, se for usada de maneira indiscriminada (Oliveira, N. M.; Pereira, J. R., 2023).

A sibutramina possui um efeito estimulatório sobre a frequência cardíaca e a pressão arterial, proporcional à dose (Mancini, M. C.; Halpern, A., 2002). A administração dessa medicação em pessoas com problemas cardíacos pode levar a um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e infarto do miocárdio (Ramos et al., 2025). Assim, foi reforçado o alerta contra o uso da medicação em pacientes obesos de alto risco, seja por Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) ou com histórico de evento cardiovascular prévio (Faria et al., 2010).

3.1.2 Orlistate

O orlistate é um análogo da lipstatina que inibe lipases gastrintestinais, impedindo a hidrólise de triglicerídeos e fazendo com que cerca de 30% da gordura ingerida não seja

absorvida, sendo eliminada nas fezes (Oliveira, N. M.; Pereira, J. R., 2023). Esse efeito ajuda o paciente a aderir a uma dieta com menor teor de gordura (Mancini, M. C.; Halpern, A., 2002). Este medicamento foi aprovado para no Brasil em 1999 e recebeu o nome comercial de Xenical® (Ramos et al., 2025).

O orlistate tem eficácia moderada na redução de peso e não causa efeitos adversos cardiovasculares. Também reduz pressão arterial, glicemia, colesterol total e LDL. Os efeitos colaterais comuns incluem fezes oleosas, aumento das evacuações, flatulência, urgência fecal, desconforto abdominal, hipoglicemia e diminuição da absorção de vitaminas lipossolúveis (Oliveira, N. M.; Pereira, J. R., 2023; Ramos et al., 2025).

A perda de peso e os benefícios começam a aparecer dentro de duas semanas. É contraindicado em pacientes com síndrome de má absorção crônica, colestase e hipersensibilidade ao medicamento (Ramos et al., 2025).

3.1.3 Bupropiona + naltrexona

A combinação de bupropiona e naltrexona (Contrave®) é aprovada pela ANVISA para tratamento da obesidade. A bupropiona inibe a recaptação de dopamina e norepinefrina, usada na depressão e cessação do tabagismo, enquanto a naltrexona é antagonista opioide, usada para dependência de opiáceos e álcool (Faria et al., 2010).

O efeito sinérgico aumenta o gasto energético e diminui o apetite, podendo a naltrexona reduzir o prazer ao comer, diminuindo a ingestão alimentar (Faria et al., 2010). Os efeitos colaterais comuns são constipação, cefaleia, tonturas, vômitos e boca seca; raramente, convulsões, parestesias, palpitações e ansiedade. A combinação tem baixa interação cardiovascular, embora as náuseas sejam frequentes no início (Faria et al., 2010).

É especialmente indicada para obesos tabagistas ou com problemas relacionados ao alcoolismo (Faria et al., 2010), mas contraindicada em casos de convulsões, transtornos alimentares ou uso recente de opioides (Oliveira, N. M.; Pereira, J. R., 2023). As interações medicamentosas, principalmente com substâncias que afetam o sistema nervoso central, devem ser monitoradas, pois há riscos de aumento da pressão arterial e convulsões raras (Oliveira, N. M.; Pereira, J. R., 2023).

3.1.4 Incretinomiméticos

As incretinas são hormônios produzidos pelo trato gastrointestinal em resposta a macronutrientes, principalmente carboidratos e lipídios. As principais são o polipeptídeo inibitório gástrico (GIP) e o peptídeo semelhante ao glucagon 1 (GLP-1), da superfamília do peptídeo glucagon (Baptista et al., 2025).

O GLP-1 natural tem meia-vida de cerca de um minuto, por ser rapidamente degradado, mas seus agonistas resistem mais à degradação, prolongando a ação (Lira, 2023). O GIP estimula insulina, aumenta a liberação de glucagon e intensifica a lipogênese. Seus análogos ajudam a controlar peso e ingestão alimentar via receptores em neurônios GABAérgicos, e previnem o acúmulo de gordura quando usados junto com agonistas de GLP-1 (Turchetto, J. M.; Faria, G. S.; Ferreira, E. D. F., 2025).

Os incretinomiméticos utilizados no tratamento da obesidade são a liraglutida e a semaglutida. A liraglutida foi aprovada no Brasil em 2016, sob o nome comercial Saxenda®, enquanto a semaglutida teve aprovação oficial para essa indicação em 2023, sob o nome comercial Wegovy®.

3.1.4.1 Liraglutida

Inicialmente desenvolvida para o tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), a liraglutida é um análogo do hormônio GLP-1 (peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1). Sua função é ativar os receptores de GLP-1 no organismo, aumentando a secreção de insulina

dependente de glicose, reduzindo a produção de glucagon e retardando o esvaziamento gástrico, o que eleva a sensação de saciedade e diminui o apetite (Ramos et al., 2025).

Aprovada pela ANVISA em 2016 com o nome comercial Saxenda®, tem administração diária por via subcutânea (Brasil, 2022) e, em 2020, seu uso foi ampliado para redução de peso em adolescentes de 12 a 18 anos com peso acima de 60 kg e IMC > 30 kg/m², associada à dieta e exercícios físicos (Ramos et al., 2025). A administração é subcutânea e diária.

3.1.4.2 Semaglutida

Assim como a liraglutida, a semaglutida é usada no tratamento da obesidade e do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), pois controla a glicemia ao estimular a liberação de insulina e inibir a liberação de glucagon. Pacientes diabéticos apresentam redução dos efeitos do GLP-1 e do GIP nativos (Baptista et al., 2025).

A semaglutida possui meia-vida de aproximadamente 165 horas, permitindo aplicação semanal. No sistema nervoso central, os receptores de GLP-1 aumentam os níveis de pró-opiomelanocortina, proteína que promove saciedade e inibe a via de sinalização do apetite. O GLP-1 estimula diretamente neurônios gabaérgicos e dopaminérgicos, reduzindo a fome e a ingestão energética (Baptista et al., 2025).

Em 2023, a ANVISA aprovou a semaglutida (Wegovy®) para tratamento da obesidade e sobrepeso no Brasil, com uso permitido em adolescentes a partir dos 12 anos (Baptista et al., 2025). Devido ao uso indiscriminado, desde junho de 2025 a semaglutida só é vendida com retenção de receita médica nas farmácias brasileiras (Brasil, 2025).

Ambos os análogos de GLP-1 demonstram eficácia na perda de peso (5% a 15%), controle glicêmico, redução da hemoglobina glicada (HbA1c) e melhora da função das células β pancreáticas (Baptista et al., 2025). A semaglutida é comercializada como Ozempic®, Wegovy® (injeções) e Rybelsus® (comprimido). O Wegovy® tem foco no combate à obesidade, enquanto os demais são indicados para o tratamento do DM2 (Lira, 2023).

Além do controle do apetite via aumento da pró-opiomelanocortina e estímulo dos neurônios gabaérgicos e dopaminérgicos, esses fármacos promovem efeitos cardiovasculares positivos, ativando proteínas anti apoptóticas nas células cardíacas, reduzindo colesterol LDL, triglicerídeos e pressão arterial, pela presença de receptores de GLP-1 no endotélio vascular e na musculatura lisa, diminuindo a inflamação vascular (Baptista et al., 2025; Ramos et al., 2025).

Os efeitos colaterais mais comuns dos incretinomiméticos envolvem o sistema nervoso central e o trato gastrointestinal, como diarreia, constipação, boca seca, dor abdominal, náuseas e vômitos (Ramos et al., 2025).

São contraindicados em casos de insuficiência cardíaca grave, DM tipo 1, histórico familiar de carcinoma medular da tireoide, comorbidades gastrointestinais, pancreatite, múltiplos adenomas endócrinos tipo 2, e não devem ser usados com inibidores da monoamina oxidase (IMAO) ou medicamentos que afetem o sistema nervoso central. Riscos incluem reações alérgicas e aumento do risco de pancreatite, embora raros (Baptista et al., 2025; Ramos et al., 2025).

É fundamental avaliar as interações medicamentosas dos agonistas de GLP-1 com medicamentos que afetam o Sistema Nervoso Central devido ao risco de dependência e inibidores da monoamina oxidase (IMAOs) devido ao risco de síndrome serotoninérgica (Baptista et al., 2025).Apesar de serem opções seguras para o tratamento da obesidade, são medicamentos de alto custo, acessíveis para apenas parte da população.

3.1.4.3 Tirzepatida (Mounjaro)

A tirzepatida, medicamento mais recente para tratar a obesidade no Brasil, é comercializada sob o nome Mounjaro®. Trata-se de um agonista dual de GLP-1 e GIP,

apresentando maior eficácia que os agonistas de GLP-1 isolados (Turchetto, J. M.; Faria, G. S.; Ferreira, E. D. F., 2025). Entre seus benefícios estão o controle da pressão arterial, dos triglicerídeos, da hemoglobina glicada (HbA1c) e a melhora da qualidade de vida. No entanto, é necessário um tratamento contínuo para a manutenção desses efeitos (Turchetto, J. M.; Faria, G. S.; Ferreira, E. D. F., 2025). Disponível desde 2025 no Brasil (Brasil, 2025), sua administração é feita semanalmente por via subcutânea (Farzam, K; Patel, P., 2024).

Os efeitos adversos mais comuns da tirzepatida afetam principalmente o sistema gastrointestinal, com redução do apetite, náuseas e diarreia em até 10% dos pacientes, além de episódios ocasionais de vômitos, refluxo ácido e constipação. No sistema cardiovascular, pode surgir taquicardia sinusal, que geralmente é amenizada pelo uso de outros medicamentos em conjunto. Reações de hipersensibilidade no local da injeção são raras, mas precisam ser avaliadas pelo médico. Assim como outros agonistas do receptor de GLP-1, a tirzepatida aumenta o risco de pancreatite aguda, motivo pelo qual os pacientes devem buscar atendimento imediato ao sentirem dor abdominal intensa. Também foram relatados casos de colelitíase e colecistite, possivelmente relacionados à rápida perda de peso promovida pelo medicamento. Além disso, há risco de hipoglicemia, especialmente em quem utiliza insulina concomitantemente, tornando essencial o reconhecimento dos sintomas para um manejo adequado (Farzam, K; Patel, P., 2024).

A substância é contraindicada para pacientes com carcinoma medular da tireoide e para aqueles com síndrome de neoplasia endócrina múltipla tipo 2 (NEM-2). Além disso, seu uso é proibido em pacientes com hipersensibilidade grave conhecida à tirzepatida ou a qualquer componente da fórmula, devido ao risco de reações alérgicas graves, como anafilaxia e angioedema. Pacientes que já apresentaram angioedema ou anafilaxia causados por outros agonistas do receptor de GLP-1 devem utilizar a tirzepatida com extrema cautela (Farzam, K; Patel, P., 2024).

Pacientes que já utilizam outros agonistas do receptor de GLP-1, como semaglutida ou liraglutida, não devem receber prescrição de tirzepatida. Indivíduos em terapia com insulina podem iniciar o uso da tirzepatida, porém a dose de insulina deve ser reduzida com cuidado para evitar o risco de hipoglicemia. Além disso, a eficácia dos anticoncepcionais hormonais orais é diminuída durante o tratamento com tirzepatida, por isso os pacientes devem ser orientados a usar métodos anticoncepcionais não orais ou associar um método de barreira durante as quatro semanas após o início do tratamento e sempre que houver aumento da dose (Farzam, K; Patel, P., 2024).

3.2 MEDICAMENTOS SUSPENSOS NO BRASIL

3.2.4 Fenfluramina e dexfenfluramina

A fenfluramina foi muito utilizada na década de 1990 em associação ao catecolaminérgico fentermina, combinação popularmente conhecida como “fen-phen” (Faria et al., 2010). Os medicamentos fenfluramina e dexfenfluramina interferem na via serotoninérgica com objetivo de perda de peso, causando uma diminuição da ingestão de carboidratos (Mancini, M. C.; Halpern, A., 2002). Agonistas dos receptores 5-HT (serotonina), possuem atividade estimulatória não seletiva sobre os receptores 5-HT acoplados à proteína G (Faria et al., 2010). Porém, ambas foram proibidas pela ANVISA em 1997, após casos de valvulopatia crônica surgirem devido ao seu uso, sendo a regurgitação aórtica a alteração valvular mais específica (Faria et al., 2010). A toxicidade valvular cardíaca era provavelmente associada ao estímulo do receptor 5-HT2b, e, portanto, esforços foram direcionados para desenvolver um medicamento com seletividade apenas para o receptor 5-HT2c (Faria et al., 2010).

Outros efeitos colaterais dos fármacos são: redução da pressão arterial, ação hipoglicêmica e estimulação da secreção de prolactina, que deve ser atenuado por outro fármaco (Mancini, M. C.; Halpern, A., 2002).

3.2.5 Fenilpropanolamina

A fenilpropanolamina é uma amina simpatomimética que foi amplamente utilizada como descongestionante nasal e supressor de apetite (Drugbank, 2025). A fenilpropanolamina foi retirada do mercado americano e brasileiro em 2000, após estudos apontarem que o fármaco aumentava o risco de acidente vascular cerebral (AVC) nos primeiros dias de uso (Mancini, M. C.; Halpern, A., 2002). Desde então, nenhum produto autorizado no país pode conter essa substância. A decisão brasileira seguiu medidas semelhantes adotadas em outros países, como os Estados Unidos, e foi baseada no princípio da precaução, diante dos riscos inaceitáveis à saúde pública. A Anvisa reafirmou essa proibição em comunicados posteriores, desmentindo boatos sobre sua presença em medicamentos antigripais. Atualmente, a fenilpropanolamina permanece banida no Brasil e não deve ser utilizada em nenhuma formulação farmacêutica (Brasil, 2022).

3.2.6 Rimonabanto

O rimonabanto é um antagonista seletivo dos receptores canabinoides CB1 que reduz o apetite e o acúmulo de gordura ao bloquear a ativação endocanabinoide (Drugbank, 2025). Aprovado pela Anvisa em 2007 e lançado no Brasil em 2008 como Acomplia®, era indicado para obesos ou sobrepeso com comorbidades como diabetes tipo 2 e dislipidemias (News Med – Pharma News, 2007). Apesar de ser eficaz para perda de peso, foi retirado do mercado mundial em 2008 devido a efeitos psiquiátricos graves, incluindo depressão severa, ansiedade e ideação suicida (Abeso, 2008; Drugbank, 2025).

3.2.7 Femproporex, mazindol e anfepramona (dietilpropiona)

Pertencentes à classe dos anorexígenos anfetamínicos, o femproporex, o mazindol e a anfepramona (ou dietilpropiona) atuam na inibição da recaptação de norepinefrina, reduzindo o apetite (Abeso, 2021). Foram amplamente utilizados no Brasil, mas tiveram sua comercialização proibida pela ANVISA em 2011, pois uma revisão da literatura científica apontou que os riscos relacionados ao uso de inibidores de apetite do tipo anfetamínicos eram maiores que o seu benefício. (Brasil, 2011). Houve casos de hipertensão pulmonar e psicose envolvendo dietilpropiona (Mancini, M. C.; Halpern, A., 2002). Além disso, os registros desses fármacos foram cancelados por falta de comprovação atualizada de eficácia e segurança (Brasil, 2022).

3.2.8 Lorcasserina

A lorcaserina é um agonista seletivo apenas para o receptor serotoninérgico 5-HT2c (Faria et al., 2010). No Brasil, o Cloridrato de Lorcasserina foi aprovado pela Anvisa em 2016 sob o nome comercial Belviq®. Entretanto, devido a evidências que indicaram um possível aumento no risco de desenvolvimento de neoplasias malignas associadas ao uso prolongado, a Anvisa recomendou em 2020 a suspensão da prescrição do medicamento. A empresa responsável pela distribuição voluntariamente interrompeu sua comercialização no país, logo, o uso se encontra suspenso. Em 2022, foi liberado o insumo químico lorcasserina para manipulação e produção de medicamentos magistralmente, mas não houve reaprovação do remédio comercial comercializado (Brasil, 2022). Os efeitos colaterais mais comuns são: cefaléia, infecção do trato respiratório superior, nasofaringite, sinusite e náuseas (Faria et al., 2010).

3.3 MEDICAMENTOS OFF-LABEL

O Conselho Federal de Medicina (CFM) avalia que o uso de medicamentos sem indicação formal em bula é ético, quando houver evidência de potencial benéfico para o tratamento, e quando a terapia padrão for inadequada (Barbosa et al., 2022).

3.3.4 Fluoxetina e sertralina

A fluoxetina e a sertralina são inibidores seletivos da recaptação de serotonina no terminal pré-sináptico, com indicação para tratamento de depressão e bulimia nervosa. Podem ser usados off-label para tratar a obesidade em casos específicos, como, por exemplo, em pacientes obesos com apneia do sono, visto que a fluoxetina leva à redução da fase REM do sono, onde ocorre a maior parte dos episódios (Mancini, M. C.; Halpern, A., 2002).

Ambos os medicamentos reduzem a ingestão alimentar, mas, após seis meses de uso, o peso gradualmente retorna ao normal. Conclui-se, então, que não são fármacos eficientes no tratamento da obesidade (Barbosa et al., 2022). Os efeitos colaterais mais comuns são: sintomas gastrointestinais, distúrbios do sono, diminuição da libido, sudorese, tremor, amnésia e sede (Mancini, M. C.; Halpern, A., 2002).

3.3.5 Topiramato

O topiramato é um anticonvulsivante usado para tratar epilepsia e enxaqueca. O fármaco atua nos neurotransmissores do sistema nervoso central, podendo diminuir o apetite e aumentar a sensação de saciedade por meio de diversos mecanismos, incluindo efeitos sobre receptores GABA (ácido gama-aminobutírico), receptores excitatórios de glutamato e anidrase carbônica (Barbosa et al., 2022).

No Brasil, é utilizado isoladamente, mas nos Estados Unidos é combinado com a fentermina, que potencializa a ação do topiramato, numa combinação conhecida como Qsymia® (Barbosa et al., 2022).

O efeito do topiramato é dose-dependente, porém o aumento da dose pode causar efeitos adversos, como parestesias, sonolência, alterações no humor, além de dificuldades com memória, concentração e atenção. É contraindicado em pacientes com glaucoma de ângulo fechado e possui alta toxicidade fetal (Barbosa et al., 2022).

3.3.6 Lisdexanfetamina

A lisdexanfetamina inibe a recaptação de dopamina e norepinefrina, além de promover a liberação de neurotransmissores monoaminérgicos. É aprovada para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e do transtorno de compulsão alimentar periódica, podendo ser usada como adjuvante no manejo desses casos. Os efeitos colaterais incluem insônia, irritabilidade, ansiedade, boca seca, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial. É contraindicada em pacientes com doenças cardiovasculares e possui alto risco de abuso e dependência (Barbosa et al., 2022).

3.3.7 Inibidores do co-transportador de sódio-glicose-2

Os inibidores do cotransportador de sódio-glicose tipo 2 (SGLT2), como a dapagliflozina, empagliflozina e canagliflozina, são aprovados para o tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e podem ser eficazes na perda de peso, além de fornecer benefícios cardiovasculares. Os possíveis efeitos adversos incluem infecção genitourinária, hipovolemia, aumento nos valores de LDL e hipercalemia. São contraindicados em pacientes com insuficiência renal grave e podem causar infecções do trato urinário e cetoacidose diabética. Podem provocar uma leve perda de peso. A canagliflozina deve ser evitada em pacientes com doença arterial periférica conhecida ou suspeita. (Barbosa et al., 2022).

3.3.8 Metformina

A metformina é usada para tratar Diabetes Melitus 2 (DM2), podendo ter um efeito sacietógeno, aumentando as concentrações plasmáticas de GLP-1 e diminuindo a hiperinsulinemia, fatores que podem ajudar na perda de peso. Os efeitos colaterais mais comuns incluem diarreia, constipação, náuseas, dor e distensão abdominal. Não fornece benefícios cardiovasculares adicionais, e é contraindicado em pacientes com doença renal crônica grave (Barbosa et al., 2022).

3.4 TRATAMENTO DISPONÍVEL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

3.4.4 Cirurgia bariátrica

Um dos tratamentos mais antigos no Brasil para a obesidade é a cirurgia bariátrica, que, desde a década de 1960, se demonstrou um método efetivo para tratar essa enfermidade (SBCBM, 2025), mas está relacionada a complicações pós-operatórias como estenose e ulceração gástrica, peritonite, colelitíase, má absorção de vitaminas e sais minerais, reganho de peso e neuropatia periférica. Está indicada para indivíduos com obesidade grave, ou seja, com o Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 40 ou 35 kg/m² na presença de comorbidades relacionadas (Turchetto, J. M.; Faria, G. S.; Ferreira, E. D. F., 2025).

Entretanto, desde maio de 2025, pacientes com índice de massa corporal (IMC) entre 30 e 35 kg/m² podem ser elegíveis à cirurgia bariátrica desde que apresentem comorbidades específicas, como diabetes mellitus tipo 2, doença cardiovascular grave com lesão em órgão-alvo, doença renal crônica inicial decorrente do diabetes tipo 2, apneia obstrutiva do sono grave, doença hepática gordurosa não alcoólica com fibrose, condições que indiquem transplante, refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica ou osteoartrose grave. A Resolução CFM nº 2.429/2025 não estabelece restrições quanto à idade nem exige tempo mínimo ou máximo de convivência com a doença. Anteriormente, as regras determinavam que apenas pacientes com até 10 anos de diagnóstico de diabetes, idade entre 30 e 70 anos, e acompanhamento por endocrinologista por no mínimo dois anos, com refratariedade aos tratamentos propostos, poderiam ser submetidos ao procedimento (Conselho Federal de Medicina, 2025).

No caso de adolescentes, o CFM autoriza a realização da cirurgia a partir dos 14 anos de idade em casos de obesidade grave (IMC > 40 kg/m²) associada a complicações clínicas, mediante avaliação por equipe multidisciplinar e consentimento dos responsáveis. A Resolução CFM nº 2.131/2015, agora revogada, restringia o procedimento a menores de 16 anos apenas em caráter experimental. Adolescentes entre 16 e 18 anos que atendam aos critérios estabelecidos para adultos também podem ser submetidos à cirurgia, desde que haja concordância dos responsáveis e da equipe médica (Conselho Federal de Medicina, 2025).

3.5 LINHA DO TEMPO DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA OBESIDADE NO BRASIL

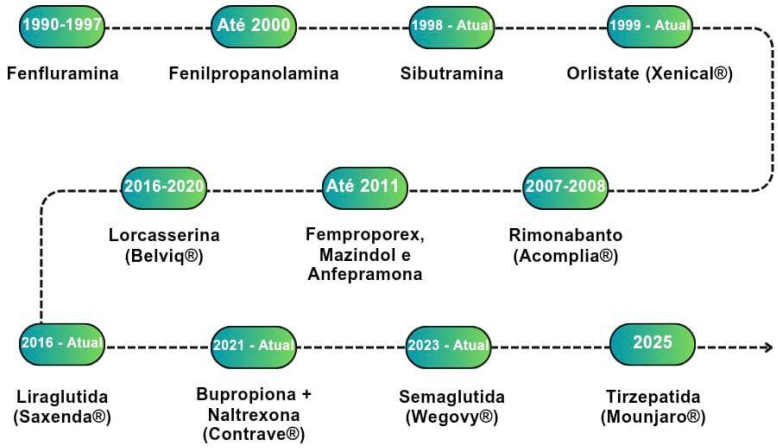


Figura 1 – Evolução temporal dos fármacos empregados no tratamento da obesidade no Brasil. Fonte: Elaborado pelas autoras (2025).

4. CONCLUSÃO

Ao longo do tempo, o tratamento farmacológico da obesidade evoluiu significativamente, com o desenvolvimento de medicamentos mais seguros e eficazes, que proporcionam melhores resultados clínicos e maior qualidade de vida aos pacientes. Contudo, o uso indevido de fármacos aprovados ou proibidos ainda é um problema de saúde pública, representando riscos à saúde e reforçando a necessidade de acompanhamento profissional e regulamentação rigorosa, sendo o tratamento farmacológico apenas um recurso adjuvante. Desta forma, o uso de medicamentos desvinculado de mudanças no estilo de vida é injustificável.Além disso, os altos custos desses tratamentos mais modernos limitam o acesso a apenas uma parcela da população, evidenciando desigualdades no cuidado à saúde. Portanto, é urgente implementar políticas que ampliem o acesso e incentivem o uso responsável dos medicamentos, integrando-os a estratégias multidisciplinares para o enfrentamento da obesidade no Brasil. Simultaneamente, torna-se essencial conscientizar a população sobre os riscos do consumo de medicamentos não licenciados pela ANVISA ou utilizados sem acompanhamento profissional, especialmente diante da influência exercida por figuras públicas, que frequentemente reforçam padrões estéticos em detrimento da saúde.

REFERÊNCIAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Medicamento antiobesidade é suspenso. Disponível em: https://abeso.org.br/medicamento-antiobesidade-e-suspenso/. Acesso em: 24 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Anvisa reavalia segurança do medicamento Lorcasserina. Brasília, 20 fev. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/anvisa-reavalia-seguranca-do-medicamento-lorcasserina. Acesso em: 24 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Sibutramina e remédios para emagrecer: entenda. Brasília, 4 jul. 2018. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2018/sibutramina-e-remedios-para-emagrecer-entenda. Acesso em: 24 jul. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. Remédios contra obesidade sem aval da Anvisa têm venda proibida (de novo). Abeso [Internet], [S. l.], 2021. Disponível em: https://abeso.org.br/remedios-contra-obesidade-sem-aval-da-anvisa-tem-venda-proibida-de-novo/. Acesso em: 12 ago. 2025.

BAPTISTA, Carolina Cunha et al. OZEMPIC®: O Impacto da Semaglutida no Tratamento da Diabetes e Obesidade. **ACTA MSM-Periódico da EMSM**, v. 12, n. 1, p. 23-34, 2025.

BARBOSA, Orivaldo Alves et al. Tratamento farmacológico para obesidade no Brasil: drogas disponíveis, eficácia e custos associados. **Revista Científica do Hospital e Maternidade José Martiniano Alencar**, v. 3, n. 2, p. 55-62, 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Entra em vigor norma que prevê retenção de receita para medicamentos agonistas GLP-1. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2025/entra-em-vigor-norma-que-preve-retencao-de-receita-para-medicamentos-agonistas-glp-1. Acesso em: 24 jul. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fenilpropanolamina banida no Brasil há 17 anos. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2018/fenilpropanolamina-banida-no-brasil-ha-17-anos. Acesso em: 24 jul. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Mounjaro® (tirzepatida): nova indicação. Portal Gov.br [Internet], Brasília, 2025. Publicado em 9 jun. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-e-indicacoes/mounjaro-r-tirzepatida-nova-indicacao\. Acesso em: 12 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM atualiza regras para realização de cirurgia bariátrica e metabólica. Portal CFM, 2025. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-atualiza-regras-para-realizacao-de-cirurgia-bariatrica-e-metabolica. Acesso em: 11 ago. 2025.

DRUGBANK. Phenylpropanolamine, a sympathomimetic agent previously used in nasal decongestants and weight-loss products, withdrawn due to safety risks. Disponível em: https://go.drugbank.com/drugs/DB00397. Acesso em: 12 ago. 2025.

FARIA, André M. et al. Progressos recentes e novas perspectivas em farmacoterapia da obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 54, p. 516-529, 2010.

FARZAM, Khashayar; PATEL, Preeti. Tirzepatide. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing, 2024.

LIRA, Israel Alves de. Aplicações da semaglutida: revisão da literatura e suas perspectivas. 2023.

MANCINI, Marcio C.; HALPERN, Alfredo. Tratamento farmacológico da obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 46, p. 497-512, 2002.

NEWS MED – Pharma News. ANVISA aprova o registro do Acomplia® (Rimonabanto) para o tratamento de pacientes obesos ou com sobrepeso e com fatores de risco cardiometabólicos associados, como diabetes tipo 2 ou dislipidemia. News Med – Pharma News, 2007. Disponível em: https://www.news.med.br/p/pharma-news/11186/anvisa-aprova-o-registro-do-acomplia-rimonabanto-para-o-tratamento-de-pacientes-obesos-ou-com-sobrepeso-e-com-fatores-de-risco-cardiometabolicos-associados-como-diabetes-tipo-2-ou-dislipidemia.htm. Acesso em: 12 ago. 2025.

OLIVEIRA, Naynara Martins; PEREIRA, Joquebede Rodrigues. Possíveis riscos do uso de medicamentos para obesidade. **Research, Society andDevelopment**, v. 12, n. 14, p. e07121444474-e07121444474, 2023.

RAMOS, Tainá et al. As principais classes de medicamentos utilizados no tratamento da obesidade. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 25, p. e17441-e17441, 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). História da cirurgia bariátrica no Brasil. SBCBM [Internet], São Paulo, s.d. Disponível em: https://sbcbm.org.br/historia-da-cirurgia-bariatrica-no-brasil/. Acesso em: 12 ago. 2025.

TURCHETTO, Júlia Moreno; FARIA, Gabriela Souto; FERREIRA, Emilene Dias Fiuza. Eficácia comparada entre semaglutida e tirzepatida para tratamento de obesidade: uma revisão de literatura. **Revista Foco**, v. 18, n. 3, p. e8015-e8015, 2025.

Este trabalho de acesso aberto está licenciado sob Creative Commons - Atribuição (CC BY 4.0).