



Quantificação das vendas da sibutramina entre os anos de 2009 a 2014 que contempla o período correspondente à implantação das RDCs n°13 de 2010 e n°52 de 2011.

Ronise Martins Santiago¹

¹ Centro Universitário Campos de Andrade (UNIANDRADE) Paraná, Brasil.

E-mail: ronise.santiago@gmail.com

Resumo — A obesidade é considerada hoje como uma doença crônica e epidêmica no mundo. Consequentemente o uso de substâncias anorexígenas cresce principalmente entre as pessoas que estão em busca de uma forma “rápida e fácil” de emagrecimento, a sibutramina reduz a fome, promove um aumento da saciedade e previne a redução do gasto energético, sendo uma alternativa sedutora para estes pacientes. Na tentativa de reduzir o uso desta substância no Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) implantou as Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC) n°13 e a RDC n°52 que regulamenta a prescrição da mesma. O objetivo do estudo foi avaliar se houve uma redução na venda de sibutramina após as RDC n°13 e n°52, em uma rede de farmácia de Curitiba. Para tal, foi analisado as vendas de sibutramina nos anos de 2009 a 2014, através dos dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC). De acordo com os resultados houve queda de 9% nas vendas após a vigência da RDC 13/2010, e de 3% após a RDC 52/2011, porém as vendas aumentaram nos anos subsequentes. A pesquisa demonstrou ainda que a sibutramina de 15mg foi a mais vendida em todos os anos, e as estações que antecedem o verão obteve mais procurada do fármaco. Como conclusão podemos entender que a queda nas vendas da sibutramina nos anos de 2010 e 2012 podem estar associadas à entrada em vigor das resoluções. E em relação a venda aumentada no inverno e primavera, sugere o uso do fármaco por pacientes que utilizam a sibutramina por estética.

Palavras-chave: Sibutramina, RDC 13/2010, RDC 52/2011.

Abstract — Obesity is now considered as chronic and epidemic disease worldwide. Consequently the use of anorectic agents grows mainly among people who are looking in a "quick and easy" weight loss, sibutramine reduces hunger, promotes increased satiety and prevents the reduction of energy expenditure, and an enticing alternative to these patients. In an attempt to reduce the use of this substance in Brazil, the National Health Surveillance Agency (ANVISA) implemented the Resolution (RDC) n° 13 and RDC n° 52 which regulates the prescription of the same. The aim of the study was to assess whether there was a reduction in the sale of sibutramine after the RDC n° 13 and n° 52, on a Curitiba pharmacy network. To this end, it analyzed the sales of sibutramine in the years 2009 to 2014, using data from the National System of Management of Controlled Products (SNGPC). We observed a decrease of 9% in sales after the term of the RDC 13/2010, and 3% after the RDC 52/2011, but sales increased in subsequent years. We showed also that sibutramine 15 mg was the most sold every year, and the seasons preceding summer got most wanted drug. In conclusion we can understand that the drop in sales of sibutramine in the years 2010 and 2012 can be associated with the entry into force of the resolutions. What about sales increased in winter and spring, suggests drug use by patients using sibutramine for a esthetics.

Key words: Sibutramine, RDC 13/2010, RDC 52/2011.



1. INTRODUÇÃO

Na década de 80 o perfil nutricional da população mundial passou por modificações decorrentes da transição nutricional, o que, desencadeou um desequilíbrio tanto na ingestão quanto no gasto de calorias levando à obesidade¹. Desta forma, a obesidade, caracterizada como o excesso de calorias consumidas e armazenadas no tecido adiposo, passou a ser considerada uma doença crônica e epidêmica, devido ao fato de se expandir em todas as faixas etárias, classes sociais e países: desenvolvidos ou em desenvolvimento².

Segundo o levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em conjunto com o Ministério da Saúde, o Brasil possui cerca de 38,6 milhões de pessoas com sobrepeso, o equivalente à 40,6% de sua população adulta. Desse total, 10,5 milhões são obesos, sendo provável que 200 mil pessoas morram anualmente, na América Latina, em decorrência das complicações da obesidade³. Para a maioria dos pacientes o tratamento não farmacológico, seria suficiente para uma redução de peso satisfatória. Uma das formas de alcançar o déficit energético e reduzir o peso corporal é limitando a ingestão calórica total da dieta, associada à atividade física regular, que além de elevar o gasto energético melhora a atividade cardiovascular e respiratória⁴.

Porém, por consequência do aumento da obesidade, de acordo com o relatório divulgado pela Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), órgão subordinado a Organização Mundial de Saúde (OMS), houve um aumento de 500% no consumo de anorexígenos no Brasil desde 1998⁵.

As prescrições de anorexígenos no Brasil vêm crescendo cada vez mais, receitados em sua maioria pelos médicos endocrinologista, seguido pelo clínico geral, psiquiatria e médico cirurgião plástico⁶.

A sibutramina reduz a vontade de comer, promove um aumento da saciedade e previne a redução do gasto energético⁷. Seu mecanismo de ação ocorre por inibição da receptação de serotonina, noradrenalina e dopamina através receptores serotoninérgicos (5-HT), adrenérgico (beta; β e α) e dopaminérgicos (D) e aumento da taxa metabólica⁸, exercidas por meio de seus metabólitos ativos, o mono-desmetil M(1) e o di-desmetil M(2). Os metabólitos da sibutramina responsáveis pelas ações farmacológicas são bem absorvidos e no ser humano, sofre um extenso metabolismo de primeira passagem e 85% são eliminados na urina e fezes⁹. Entretanto, para

atingir resultados positivos a administração do medicamento deve ser acompanhada de dieta saudável e atividade física⁷.

Devido ao seu alto potencial para causar dependência e pelos efeitos adversos acarretados, o uso de anorexígenos não deve ultrapassar de 8 a 12 semanas¹⁰, recomendado somente para pacientes obesos com um índice de massa corporal (IMC) maior que 30 kg/m² ou maior que 27 kg/m² na presença de outros fatores de risco como hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia ou para quem tentou os tratamentos não farmacológicos sem resultados satisfatórios⁴.

Deve ser administrado com doses iniciais de 10 mg pela manhã, podendo ser aumentada no máximo para 15mg/dia, devido aos efeitos sobre os batimentos cardíacos e sobre pressão sanguínea¹¹.

No dia 21 janeiro de 2010, a Agência Europeia de Medicamentos proibiu a prescrição e a venda da sibutramina na Europa por colocar em risco paciente com problemas cardíacos pré-existent¹². Essa proibição foi baseada em resultados do estudo feito por SCOUT (*Sibutramine Cardiovascular Outcome Trial*), que avaliou o uso da medicação em pacientes obesos, com alto risco de doenças cardiovasculares, onde foi demonstrado um aumento do risco de ataques cardíacos e infartos do miocárdio neste grupo específico, superando os benefícios do medicamento¹³.

Já no Brasil os pesquisadores juntamente com os órgãos responsáveis não aderiram à proibição, porém a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) alertou aos profissionais de saúde, para que tivessem cuidado ao receitar o medicamento a seus pacientes obesos com as seguintes comorbidades: doença cardiovascular, cerebrovascular ou diabetes mellitus tipo 2 quando associada a mais um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Decidindo ainda restringir o medicamento ao grupo de “tarja preta”, aumentando o controle sobre a prescrição e venda do medicamento¹².

Desta forma, a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n° 13, de 26 de março de 2010, da ANVISA, alterou a substância sibutramina, que antes estava presente na lista “C1” (outras substâncias sujeitas a controle especial), descrita pela Portaria n°344 de 1998, para a lista “B2” (psicotrópicas). Assim, as farmácias e drogarias só podem vender o medicamento que contenham a substância sibutramina diante à apresentação e retenção da receita “B2”, com quantidade correspondente a no máximo 60 dias de tratamento¹⁴. Em 2011, a venda de sibutramina foi



modificada novamente pela RDC nº 52 de 2011, na qual o medicamento passou a ser vendido somente com apresentação de um termo de responsabilidade do prescrito em três vias, quantidade máxima para trinta dias de tratamento além da retenção da receita “B2”¹⁵. Entretanto, para que ocorra o uso racional do medicamento, é preciso primeiramente, estabelecer a necessidade de seu uso, a partir de uma prescrição consciente, com a forma farmacêutica correta, doses e período de duração do tratamento, dispensação em condições adequadas, com a necessária e correta orientação do farmacêutico, e por fim a adesão ao regime terapêutico¹⁶.

Diante do exposto acima o objetivo deste trabalho foi de avaliar se houve uma queda na venda deste medicamento após as RDC nº 13 e a RDC nº 52, em uma rede de farmácias.

2. MÉTODO

Este estudo foi realizado a partir de relatórios obtidos em todas as farmácias de uma rede de drogarias, localizada na cidade de Curitiba no estado do Paraná, Brasil.

Foi realizado um estudo transversal quantitativo, exploratório, com base nos dados de vendas, a partir de relatórios, da Sibutramina entre o período de janeiro de 2009 à dezembro de 2014. Esse intervalo de tempo contemplou o período em que o medicamento contava constava na lista C1, receita branca carbonada (até o ano de 2009), posteriormente passou a pertencer a lista B2, notificação de Receita (RDC nº 13 de 2010) e por fim, a venda com a notificação de Receita B2 acompanhada do termo de responsabilidade do prescriptor (RDC nº 52 de 2011).

Os dados foram coletados através do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) e expostos em gráficos confeccionados no programa *GraphPad Prism*[®] 6, onde foram avaliados a quantidade da venda do medicamento por período total, de ano ou de estações do ano, assim como a porcentagem das vendas relativas aos anos estudados. Houve ainda um comparativo entre as vendas dos miligramas de 10 e 15 e entre as vendas nas estações do ano, neste caso a análise foi feita através do teste estatístico de variância de (ANOVA), sendo considerado significativo $p < 0,05$.

3. RESULTADOS

Durante o período de Janeiro de 2009 à dezembro de 2014 foram vendidos 155.514 caixas de sibutramina com 30 comprimidos na rede de drogaria pesquisada localizada no município de Curitiba. Analisando-se as vendas, considerando a implantações das RDCs, observa-se que durante o período de janeiro a dezembro de 2009, quando a sibutramina constava na lista C1, foram vendidas 34.537 caixas do fármaco.

Já no período da RDC nº 52 de 2010, (lista B2) foram vendidas 19.762 caixas, o que representou queda de 42,79 % nas vendas entre os anos. Porém, em 2011 ocorreu um aumento de 29,45 % nas vendas (25.583 caixas de sibutramina) em relação ao ano anterior.

Com a implantação da RDC nº 52, em 2012 foi observado novamente queda nas vendas, 22,57% quando comparado ao ano de 2011 (19.810 caixas), no entanto nos anos seguintes observou-se um aumento crescente nas vendas, sendo 26.425 (33,39%) em 2013 e 29.097 caixas de sibutramina em 2014 (10,11 %), ambos comparados aos seus respectivos anos anteriores (Figura 1).

Quando analisamos o percentual de vendas, constatamos que, o período de janeiro a dezembro de 2009, representou o ano de maior venda com 22%, seguido pelos anos de 2011, 2013 e 2014 com 16, 17 e 19% respectivamente (Tabela 1). Ao observamos as vendas nos dois extremos do estudo, ou seja, no ano de 2009, antes da implantação das RDCs e no ano de 2014, dois anos após a última RDC, observamos uma pequena diferença nas vendas de 5.440 caixas do fármaco o que corresponde uma queda 15,75%.

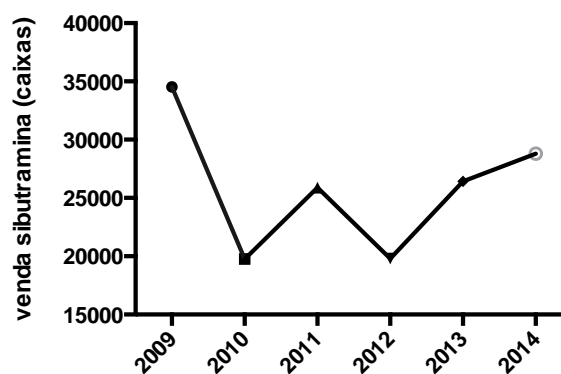


Figura 1. Quantidade de venda de caixa de sibutramina por ano. Valores expressos pela média.



Tabela 1. Percentual de venda de sibutramina por ano.

Período de Análise de dados	Caixas vendidas (%)
Janeiro à dezembro 2009	22
Janeiro à dezembro 2010	13
Janeiro à dezembro 2011	16
Janeiro à dezembro 2012	13
Janeiro à dezembro 2013	17
Janeiro à dezembro 2014	19
TOTAL	100

FONTE: O Autor, 2015.

Com relação a venda por dose (mg) da sibutramina, nota-se na Figura 2, que o fármaco de 15 mg é o mais dispensado em relação a sibutramina de 10 mg, no período total analisado (2009 à 2014).

A quantidade de caixas vendidas de sibutramina de 15 mg foi superior a de sibutramina 10mg em todos os anos analisados (todos $p < 0,0001$), como representado na Figura 3.

O último resultado refere-se à análise de vendas de caixas de sibutramina de 10 ou 15 mg dividido por estações do ano (verão, outono, inverno, e primavera) dos anos de 2009 à 2014. Nota-se que o fármaco sibutramina, em ambas as doses, é mais vendido no inverno seguida da primavera (Figura 4), porém estatisticamente os dados não apresentam diferenças.

4. DISCUSSÃO

De acordo com Van Gaal et al.¹⁷ os medicamentos para perda de peso, devido aos seus efeitos colaterais, não devem ser utilizados apenas

com finalidade estética, mas recomendados como um complemento dentro de um programa de redução de peso, que consiste em: exercício físico, aconselhamento nutricional, tratamento comportamental e reeducação alimentar, uma vez que o uso dessas drogas não garante a eficácia na perda de peso durante o tratamento ou mesmo na manutenção deste pós-tratamento. Deste modo, o suporte farmacoterapêutico no tratamento da obesidade, quando associado à reeducação alimentar e atividade física, potencializa a redução e manutenção do peso¹⁷.

Segundo Fortes et al.¹⁸, a associação entre o uso da sibutramina e a modificação do estilo de vida (reeducação alimentar e exercício físico) possibilita maior perda de peso (17,7% do peso inicial) em relação ao uso apenas da droga (5,8% do peso inicial), além de propiciar a manutenção do novo peso em 16,5% daqueles indivíduos que alteraram seu estilo de vida contra 4,1%, daqueles que utilizaram apenas a droga, demonstrando a importância da associação da reeducação alimentar ao exercício físico.

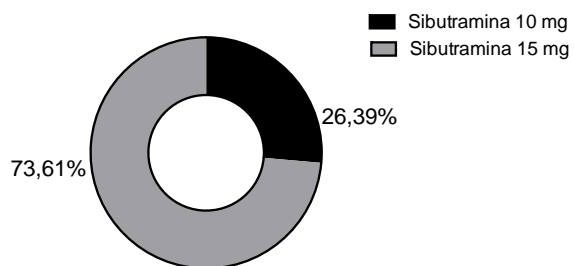


Figura 2. Percentual de venda de sibutramina de 10 e 15 mg no período total de 2009 à 2014.

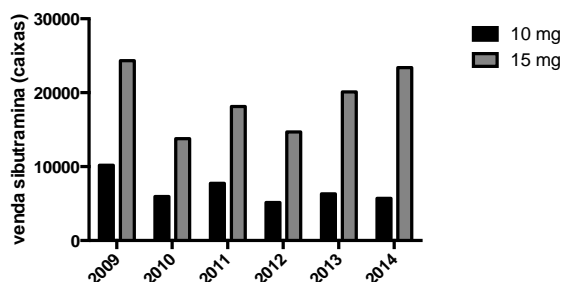


Figura 3. Vendas de caixas de sibutramina de 10 ou 15 mg por ano, compreendendo o período entre 2009 à 2014. Valores expressos pela média, $p = 0,0004$, ANOVA de 2 vias.

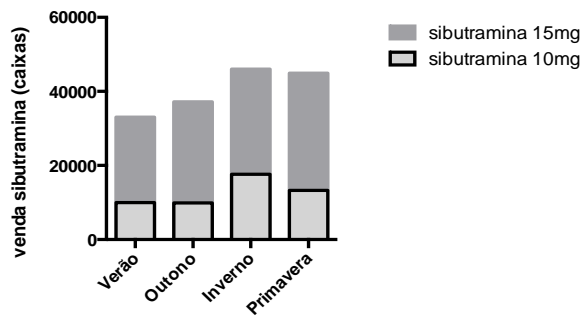


Figura 4. Vendas de caixas de sibutramina de 10 ou 15 mg por estações do ano, compreendendo o período total de 2009 à 2014. Valores expressos pela média, ANOVA de 1 via.

Os medicamentos anorexígenos para o tratamento da obesidade são discutidos mundialmente, pois muitas vezes, os efeitos adversos, ultrapassam a efetividade do uso, não é racional prescrever um tratamento medicamentoso, se a eficácia é parcial ou tem pouca segurança. A prescrição deve ser feita sob análise de todo o quadro clínico do paciente, e indicado apenas para casos extremos, com acompanhamento rígido para qualquer efeito não esperado, e apenas após tentativa de outros tratamentos não medicamentosos que não surtiram efeito, pois seu uso pode causar: Insônia, boca seca, irritabilidade, constipação e um leve aumento na pressão sanguínea¹⁹.

Em virtude dos extensos efeitos colaterais que os agentes antiobesidade apresentam, ou até o seu potencial de abuso, torna a prescrição de agentes farmacológicos limitados. Em adição, o uso de medicamentos sem o acompanhamento de um profissional da área de saúde é um dos fatores que pode levar a intoxicações, seguidos de lesões, muitas vezes irreversíveis¹⁸. A sibutramina pode ainda sofrer interações com outros fármacos metabolizados por uma das isoenzimas P450⁹. E o uso concomitante com inibidores de monoaminoxidase (IMAO), como exemplo, a fluoxetina e a sertralina, pode causar uma síndrome serotoninérgica e levar o paciente à morte²⁰.

No Brasil as RDCs n°13/2010 e n°52/2011, foram implantadas pela ANVISA com o objetivo de controlar a prescrição e dispensação de medicamentos que contenham a substância sibutramina. Em nosso estudo, analisando-se as vendas do fármaco sibutramina, de acordo com a RDC n°13/2010 e após a RDC n°52/2011, nos

anos de 2010, 2011 e 2012, observamos uma queda considerável, quando comparados a venda do ano 2009, antecedente as RDCS, demonstrando que as novas resoluções, sobre a prescrição e venda da sibutramina, tiveram seus propósitos alcançados (tabela 1). Observamos ainda que, em 2010, no ano em que a RDC n° 13/2010 entrou em vigor, houve uma redução no número de vendas desse fármaco.

No ano seguinte, 2011, observamos um aumento em relação ao ano anterior e por fim no ano de 2012, já com a RDC n° 52/2011 em vigor, uma nova queda nas vendas foi observada, com aumentos crescentes nos anos seguintes, 2013 e 2014. Demonstrando a necessidade da orientação dos profissionais da saúde em relação ao uso de anorexígenos e de uma fiscalização mais rigorosa por parte da ANVISA, órgão responsável. Os dados sugerem que os prescritores após se acostumarem com as novas normas impostas pelos órgãos competentes, neste estudo com o preenchimento do termo de responsabilidade do prescritor em três vias e prescrição do medicamento no receituário B em quantidade máxima para trinta dias de tratamento, os mesmos aumentam a prescrição do medicamento, fazendo com que a venda cresça. Reiterando a necessidade de uma fiscalização mais rigorosa e principalmente a necessidade de educação continuada sobre o uso racional de medicamentos aos profissionais prescritores da sibutramina.

Um fato importante a ser descrito é o estudo feito pela *European Medicine Agency* (EMA), onde foi demonstrado que, pacientes tratados com sibutramina apresentaram um aumento em 16% do risco cardiovascular, tais como derrame, infarto do miocárdio, parada cardíaca, se comparados aos pacientes tratados com placebo²¹. Tal fato levou a proibição da substância sibutramina na Europa. O Brasil não aderiu à esta proibição, porém fez um apelo para que os médicos tivessem maior rigor ao indicar a substância devido às considerações feitas pela União Europeia quanto a seu potencial efeito na elevação da pressão sanguínea, que tornaria inviável seu uso em grupos de alto risco¹². Desta forma, a queda nas vendas pode estar associada tanto à entrada em vigor das RDCS, quanto aos estudos realizados com o fármaco, que restringiu o uso em pacientes com algum problema de saúde.

Neste estudo, ficou evidente na figura 2, que a concentração de 15mg foi a mais comercializada (13.797 unidades) em relação a sibutramina de 10mg. Notamos ainda, na figura 4, que o medicamento apresenta um aumento nas vendas nas vendas durante o período de inverno e primavera, estações do ano que antecedem o



verão, apesar de não apresentar diferença estatística estes dados sugere que essa procura maior pelo fármaco possivelmente está relacionado com o interesse em emagrecer ou “entrar em forma” para estação mais quente do ano, através de um método fácil e rápido aos olhos do consumidor.

Demonstrando que, apesar dos efeitos colaterais, a sibutramina ainda continua a ser prescrita. Nossos dados corroboram o estudo realizado por Viero e Locateli,²² onde foi feito um levantamento da venda de sibutramina em uma farmácia da cidade de Videia/SC, o resultado demonstrou um aumento de 30,98% antes da RDC Nº 25/2010 nas vendas e, logo após, no ano de 2010, uma queda de 61,11%. A partir de 2011, com a RDC Nº 52/2011 em vigor, foi observado uma pequena queda quando comparada aos outros anos, sendo respectivamente 24,7% em 2011 e 20% em 2012.

Atualmente a ANVISA publicou a RDC nº 25/2015, que permite a prescrição de sibutramina para tratamentos de até 60 dias e especifica a Dosagem Diária Máxima (DDR) em 15 mg da substância. A resolução complementa a RDC nº 13/10 e a RDC nº 52/2011, que remanejou a substância da lista C1 para a lista B2 da Portaria 344/1998.

5. CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados nesta pesquisa, evidenciamos uma coibição à venda do fármaco sibutramina nos anos equivalentes as RDC nº 13/2010 e RDC nº 52/2011. Porém as vendas sofrem aumento nos anos seguintes as RDCs, demonstrando aumento crescente nos últimos dois anos analisados, 2013 e 2014. Desta forma, concluímos que a queda nas vendas pode estar associada à entrada em vigor das resoluções citadas no trabalho. Em adição, a venda aumentada nas estações do ano que antecede ao verão, sugere a procura do fármaco por pessoas que utilizam o fármaco por estética e não por necessidade, demonstrando a importância da educação continuada voltada aos profissionais de saúde, tanto prescritores quanto os responsáveis pela dispensação, e de uma fiscalização rigorosa por parte do órgão competente.

REFERÊNCIAS

1. Alves FR, Alves SR, Garófalo A, Modesto PC. Binômio desnutrição e pobreza: uma meta a ser vencida pelos países em desenvolvimento. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011; 35(3):744-757.

2. Costa MO, Silva NT, Giacon TR, Vitor ALR, Vanderlei LCM. Prevalência de sedentarismo, obesidade e doenças cardiovasculares em frequentadores do CEA FIR. *Rev Colloquium Vitae*. 2011; 3(1): 22-26.

3. Carneiro MFG, Junior AAG, Acurcio FA. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrpicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(8): 1763-1772.

4. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF) 2008/2009. 37 ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 2008.

5. Feltrin AC, Feltrin AC, Zordan G, Wagner F, Schmitt GC, Boligon AA, Delamolle N. Medicamentos anorexígenos – panorama da dispensação em farmácias comerciais de Santa Maria (RS). *Saúde*. 2009; 35(1): 46-51.

6. Hanson DL, Toubro S, Stock MJ, Macdonald IA, Astrup A. Thermogenic effects of sibutramine in humans. *Am J Clin Nutr*. 1998; 68(6): 1180-1186.

7. Heal DJ, Aspley S, Prow MR. Sibutramine: a novel anti-obesity drug. A review of the pharmacological evidence to differentiate it from D-Amphetamine and D-Fenfluramine. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1998; 22(1): 18-28.

8. Halpern A, Segal A, Spósito AC, Ribeiro AB, Garrido A, Mady C, Fernandes F, Lorenzi-Filho G, Ramires JAF, Zanela MT, Grinberg M, Mancini M, Santos RD. Tratamento Farmacológico do Obeso Aspectos Relacionados ao Cardiologista. In: Diretrizes para Cardiologistas sobre Excesso de Peso e Doença Cardiovascular dos Departamentos de Aterosclerose, Cardiologia Clínica e FUNCOR da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2002; 78(1).

9. Rang HP, Dale MM. *Farmacologia*. Tradução da 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

10. Barcella CC, Montanari T. O uso de complexos emagrecedores por mulheres em idade reprodutiva e suas implicações na gravidez. *Rev Reprod Clínica*. 2008; 3(23): 104.

11. Park JY, Kim KA, Park PW, Suh KH, Lee GS. Relative bioavailability and pharmacokinetics of a new sibutramine formulation in healthy male



subjects: A randomized, open-label, two-period, comparative crossover study. *Therapeutics clínicos*. 2004; 26:2092-2101.

comparativo de vendas de sibutramina antes e após RDC nº 25 de 30 de junho de 2010 e RDC nº 52 de 06 de outubro de 2011 em uma farmácia da cidade de Vieira – SC. *RIES*. 2013; 2(1): 8-17.

12. Rosa PS. Análise de prescrições de medicamentos anorexígenos sujeitos a notificação B2 em farmácia em Brasília: associações medicamentosas e conformidade com a legislação [Monografia]. Brasília (DF): Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central; 2010.

13. Hoefler R, Dias CD. Sibutramina: Riscos Cardiovasculares. *Boletim farmacoterapêutica*. Conselho Federal de Farmácia. Centro de Informação sobre Medicamentos – CEBRIM. Ano XV, 2010; 1: 1 – 10.

14. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 13, de 26 de Março de 2010.

15. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 52, de 06 de outubro de 2011.

16. Aquino DS. Por que o Uso Racional de Medicamentos deve ser uma Prioridade? *Ciências & Saúde Coletiva*. 2008; 13(0): 733 – 736.

17. Van Gaal LF, Wauter MA, Peiffer FW, De Leeuw IH. Sibutramine and fat distribution: is there a role for phamacotherapy in abdominal/visceral fat reduction. *Int J Obes*. 1998; 22(1): 538-40.

18. Fortes RC, Guimarães NG, Haack A, Torres AAL, Carvalho KMB. Orlistat and sibutramine: good AID for loss and maintenance of weight? *Rev Bras Nutr Clin*. 2006; 21(3): 244 – 51.

19. Carlini EA, Noto, AR, Nappo SA, Sanchez ZM, Franco VLS, Silva LC, Santos, VE, Alves DC. Fluoxetina: Índícios de Uso Inadequado. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2009; 58(2): 97 – 100.

20. Behar R. Anorexígenos: Indications and Interactions. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2002; 40(2): 21.

21. Maldonado EMV. Retirada de sibutramina um passo para trás para o tratamento da obesidade. *Rev Venez. Endocrinol Metab Mérida*. 2011; 9(9).

22. Viero TR, Locateli C. Perfil de prescrição e