



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

LARISSA PEDRA

**USO DE CLORIDRATO DE FLUOXETINA EM
PACIENTES OBESOS:
UMA POSSÍVEL OPÇÃO PARA A PERDA DE PESO?**

ARIQUEMES – RO

2013

Larissa Pedra

**USO DE CLORIDRATO DE FLUOXETINA EM
PACIENTES OBESOS:
UMA POSSÍVEL OPÇÃO PARA A PERDA DE PESO?**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel.

Orientadora: Prof^a. Ms. Fábiana Maria Pereira de Sá.

Ariquemes – RO

2013

Larissa Pedra

**USO DE CLORIDRATO DE FLUOXETINA EM PACIENTES
OBESOS:
UMA POSSÍVEL OPÇÃO PARA A PERDA DE PESO?**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Fábيا Maria Pereira de Sá
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof. Ms. Nelson Pereira da Silva Junior
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof.^a Esp. Úrsula Maria de Mesquita Lima
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 29 de Junho de 2013

A minha Mãe que é o pilar da minha vida, sem a qual a mesma não teria sentido.

Ao meu namorado por estar sempre presente me dando carinho, apoio e incentivo.

Aos meus amigos que sempre estiveram do meu lado nesta caminhada.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo a **Deus**, pai misericordioso que sempre esta ao meu lado e por iluminar meu caminho durante esta jornada.

A minha Mãe **Taninha**, que me deu toda a estrutura para que eu me tornasse a pessoa que sou hoje. Pela confiança e pelo amor que me fortalece todos os dias. Obrigada mãe pelos sacrifícios que você fez em razão da minha educação. Nós sabemos que não foram poucos. Desculpe pelas tristezas que te fiz passar durante estes quatro anos e meio. Obrigada por tudo. Infelizmente não há espaço para escrever e agradecer aqui. Saiba que a tua história de superação, me deu força e motivação para que hoje nós comemorássemos essa vitória. Obrigada novamente mamãe. Essa conquista é tua também. Te amo.

Ao meu namorado, **Edimilson**, ofereço um agradecimento mais do que especial, por ter vivenciado comigo passo a passo todos os detalhes desta caminhada, por ter me dado todo o apoio que necessitava nos momentos difíceis, todo carinho, respeito, por ter me aturado nos momentos de estresse, e por tornar minha vida cada dia mais feliz.

Agradeço meus familiares que sempre acreditaram muito em mim e me ajudaram quando foi preciso.

A todos os professores, futuros colegas de profissão por terem me auxiliado para que eu continuasse e chegasse até onde cheguei.

Agradeço a todos os meus amigos que de alguma maneira ajudaram para esta realização.

A cada dia que vivo, mais me convenço de que o desperdício da vida está no amor que não damos, nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca e que, esquivando-nos do sofrimento, perdemos também a felicidade.

Carlos Drummond de Andrade.

RESUMO

O presente trabalho procurou estabelecer uma correlação entre a obesidade e seu possível tratamento com o uso de Cloridrato de Fluoxetina através de dados da literatura. A obesidade pode ser considerada uma síndrome, definida pelo aumento de tecido adiposo em relação à massa corporal magra e determinada. Desde 1980, a prevalência de obesidade aumentou três vezes ou mais em todo o mundo, provavelmente devido às mudanças alimentares e de estilo de vida. O excesso de peso contribui para o aparecimento e agravamento de doenças crônicas. Em 1988, surgiu no mercado a fluoxetina. Pacientes tratados com fluoxetina, por menos de um ano, não só melhoravam da depressão, como também perdiam peso. Em experimentos clínicos para aprovação da fluoxetina como antidepressivo foi observada perda de peso. Nos Estados Unidos, essa droga ainda não foi aprovada pela *Food and Drug Administration* (FDA) para o uso na perda de peso. O aumento da obesidade na população em geral, vem aumentando o uso dos tratamentos farmacológicos, entre eles, os inibidores do apetite, como a fluoxetina. Este tipo de tratamento está associado a outras terapias para perda de peso ou, ainda mais importante, no sentido de ajudar a manter o peso corporal ao longo do tempo. O principal problema com a fluoxetina, quando utilizado como agente antiobesidade, é a recuperação de peso observada em estudos em longo prazo. Essa perda de peso nem sempre, é relacionado ao efeito colateral da droga, mas à recuperação da depressão, uma vez que pacientes obesos acabam adquirindo esta patologia.

Palavras-chave: Obesidade, Tratamento farmacológico e Fluoxetina.

ABSTRACT

The present study aimed to establish a correlation between obesity and course of treatment using fluoxetine hydrochloride by means of literature data. Obesity can be considered a syndrome defined by increased adipose tissue in relation to lean body mass and determined. Since 1980, the prevalence of obesity has increased three times or more in the world, probably due to changes in diet and lifestyle. Excess weight contributes to the onset and worsening of chronic diseases. In 1988, appeared on the market fluoxetine. Patients treated with fluoxetine for less than a year, depression not only improved, but also lost weight. In clinical trials for approval of fluoxetine as an antidepressant weight loss was observed. In the United States, this drug has not been approved by the Food and Drug Administration (FDA) for use in weight loss. The increase in obesity in the general population has been increasing use of pharmacological treatments, among them, appetite suppressants, such as fluoxetine. This type of treatment is associated with other therapies for weight loss or, more importantly, to help maintain body weight over time. The main problem with fluoxetine when used as an antiobesity agent, the weight recovery is observed in long-term studies. This weight loss is not always is related to the side effect of the drug, but the recovery of depression since obese patients eventually acquiring this disease.

Keywords: Obesity, Drug Therapy and Fluoxetine.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADT	Antidepressivos Tricíclicos
CMA	Consumo de medicamentos moduladores de appetite
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
IMC	Índice de Massa Corpórea
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
MAO	Monoamino-oxidases
SSRI	<i>Selective Serotonin Reuptake inhibitors</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. METODOLOGIA	13
4. REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 OBESIDADE	14
4.2 SURGIMENTO DOS MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS	15
4.2.1 Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)	16
4.2.2 Utilização da Fluoxetina para perda de peso	17
4.3 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO CONTRA OBESIDADE	18
4.4 ESTUDOS SOBRE AÇÃO DA FLUOXETINA PARA PERDA DE PESO	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22

INTRODUÇÃO

A obesidade é conhecida como um problema de saúde pública. A expressão obesidade surgiu desde a Segunda Guerra Mundial, e hoje, é o um dos principais distúrbios nutricionais, principalmente nos países industrializados. No entanto, aparece com frequência em países em desenvolvimento e acaba concorrendo com a desnutrição. (MARDONES; ATALAH, 1987).

Segundo Campos et al. (1996), obesidade pode ser definida como uma proporção anormalmente elevada de gordura corpórea. Nos últimos 30 anos, sua ocorrência aumentou cerca de três vezes a nível mundial. Esse aumento se deve principalmente ao estilo de vida e às mudanças alimentares que também mudaram ao longo dos anos.

A fim de tratar este mal que acomete a população mundial, uma das áreas que vem sofrendo grandes mudanças e uma importante reavaliação é a do tratamento farmacológico da obesidade. (MANCINI; HALPERN, 2002).

Segundo Mancini e Halpern (2002), durante muito tempo o tratamento farmacológico da obesidade foi visto como uma opção controversa, devido, principalmente, à generalização da prescrição médica e dos abusos na utilização e comercialização de cápsulas manipuladas.

Na verdade, não existe nenhum medicamento que seja prescrito para o uso rotineiro, o paciente deve ser avaliado em diversos critérios a fim de se descobrir o medicamento ideal para seu caso. (BRAY, 1999 apud MANCINI; HALPERN, 2002).

Segundo Williamson (1996), antes de começar um tratamento farmacológico, deve-se levar em consideração que o tratamento só surgirá efeito se houver uma conjunção com uma orientação de baixas calorias, e mudança no estilo de vida; que este tratamento não irá curar a obesidade e que a posologia prescrita pelo médico deverá ser seguida corretamente; a supervisão médica deve ser constante; que cada tratamento é feito exclusivamente para aquele indivíduo (paciente); que os riscos do uso da medicação devem ser associados ao risco do paciente continuar obeso; e que o tratamento só deverá ser mantido enquanto este se mostrar seguro e eficaz ao paciente.

Os tratamentos farmacológicos da obesidade são classificados de acordo como o conhecimento atual que se tem em relação à adiposidade corporal (MANCINI; HALPERN, 2002). Segundo Mancini e Halpern (2002), há três opções para a perda de peso, a primeira seria o mecanismo que envolve as substâncias que podem reduzir a ingestão energética, a segunda seria desviar o metabolismo normal das substâncias e a terceira aumentar o gasto.

A fluoxetina, ou cloridrato de fluoxetina, é um derivado oxitri fluorfenil da fenilpropanolamina e faz parte da classe dos medicamentos inibidores seletivos da receptação de serotonina (ISRS) no terminal pré-sináptico. É uma substância reconhecidamente eficaz para o tratamento dos sintomas de depressão humana e bulimia nervosa, mas sem indicação formal para o tratamento da obesidade. (MANCINI; HALPERN, 2002; SALZANO, 2004). No entanto, ela apresentou uma redução alimentar significativa em experiências com animais. Durante os experimentos clínicos para a depressão observou-se perda de peso dos pacientes. (MANCINI; HALPERN, 2002).

Este estudo faz-se necessário para apresentar características gerais da obesidade e, especialmente, salientar um dos tratamentos mais utilizados para a obesidade, o tratamento farmacológico, além da importância do uso correto destes medicamentos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estabelecer uma correlação entre a obesidade e seu possível tratamento com o uso de Cloridrato de Fluoxetina através de dados da literatura.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre o uso dos medicamentos utilizados no tratamento da obesidade.
- Descrever as características químicas e farmacológicas do Cloridrato de Fluoxetina.

3. METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo revisão de literatura, na qual a seleção do tema foi fruto de uma experiência própria com a substância descrita. Este trabalho foi desenvolvido através de pesquisas em artigos nas bases de dados: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Google acadêmico, utilizando os descritores: Obesidade, Tratamento farmacológico e Fluoxetina. A tática de busca incluiu artigos científicos, dissertações e teses. Os artigos que não ofereciam conteúdo de interesse ao objetivo do trabalho foram descartados. A pesquisa se realizou durante o período de setembro de 2012 a junho de 2013.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 OBESIDADE

A obesidade pode ser considerada uma síndrome, definida pelo aumento de tecido adiposo em relação à massa corporal magra e determinada, na maior parte dos casos, por inadequação entre ingestão alimentar e dissipação de calor ou energia. (CAMPOS, et al. 1996).

Desde 1980, a prevalência de obesidade aumentou três vezes ou mais em todo o mundo, provavelmente devido às mudanças alimentares e de estilo de vida. (MANCINI, 2006).

Mota (2012) faz uma análise dos estudos epidemiológicos feitos em 2011 por Farrigan e Pang, indicando que a prevalência de obesidade nos países com maior mercado farmacêutico (Estados Unidos, França, Alemanha, Itália, Espanha, Reino Unido e Japão) foi estimada, em média, como sendo 3,8% anual, ao longo de dez anos (2000 a 2010), sendo que, para alguns países, como o Brasil, esse crescimento para o período ficou em 5,5%. Estimou-se, então, que o número de adultos obesos nos sete principais mercados farmacêuticos cresceu de 95 milhões em 2000 para 139 milhões em 2010. Ademais, menos de 25% dos pacientes em potencial são formalmente diagnosticados como obesos; destes, menos de 20% são tratados com terapia farmacológica. (MOTA, 2012).

A maioria dos estudos de obesidade, contudo, atém-se a definir a obesidade como um aumento no peso corpóreo acima de um padrão arbitrário definido com relação à altura, já que inexistem padrões de normalidade para o peso. (BRAY, 1999 apud MANCINI; HALPERN, 2002).

Existem tabelas como o índice ponderal e o índice de massa corpórea (Quetelet), sendo este último o mais utilizado (ANJOS, 1992). O índice de massa corporal (IMC) é calculado a partir das medidas de peso e de altura utilizando-se a fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{Estatura})^2 \text{ (m)}$ e indica que uma pessoa será obesa se apresentar seu $IMC \geq 30$ (REZENDE, 2010). No entanto, Garrow (1988), separa a obesidade em graus: grau I é quando o IMC fica entre 25 e 29,9; grau II quando o IMC fica entre 30 e 39,9; e grau III quando o IMC fica acima de 40.

Durante os últimos 30 anos, a prevalência de sobrepeso (índice de massa corporal - IMC > 25kg/m²) e obesidade (IMC > 30kg/m²) aumentou dramaticamente em todo o mundo. (PAUMGARTTEN, 2011).

Paumgartten (2011) relata que o excesso de peso contribui para o aparecimento e agravamento de doenças crônicas, como diabetes tipo-2, hipertensão, doença cardiovascular, derrame, depressão e vários tipos de câncer. Este autor comenta ainda que a prevenção e o tratamento eficazes da obesidade devem reduzir a morbidade, mortalidade e custo da atenção à saúde.

O método convencional de redução do peso corpóreo inclui o desenvolvimento de atividade física, dieta e modificação de comportamento do indivíduo. (MOTA, 2012). Ainda segundo Mota, 2012, a cirurgia bariátrica tem demonstrado eficácia para a perda de peso a longo prazo, mas essa técnica é geralmente restrita para os obesos mórbidos que falharam repetidamente em outras modalidades de tratamento, no entanto, o CMA (consumo de medicamentos moduladores do apetite) tem sido uma alternativa bastante recorrida no meio médico.

4.2 SURGIMENTO DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS

A partir da descoberta, por Sir Henry Dale (1865-1968) e Otto Loewi (1873-1961), que a maioria das drogas de ação no sistema nervoso funcionava afetando os mecanismos de transmissão humoral nas sinapses, seja de forma agonística (potencializando) ou antagonística (bloqueando), começou a desenvolver-se a chamada fase científica da psicofarmacologia. (SABBATINI, 2003).

Sabbatini (2003) relata que o primeiro medicamento especificamente ativo contra as chamadas "doenças afetivas" foi o carbonato de lítio, em 1949, sua descoberta aconteceu por acaso, como costuma acontecer frequentemente na farmacologia.

Em 1951, a iproniazida, foi desenvolvida para o tratamento da tuberculose, no entanto, médicos observaram que esta droga, tinha como efeito colateral a diminuição do comportamento retraído e depressivo dos pacientes. (SABBATINI, 2003, AGUIAR, et. al. 2011).

Em 1952, ficou provado que a iproniazida era Inibidora da Monoamina Oxidase (IMAO), ela foi a primeira droga utilizada como antidepressivo, em 1956. (AGUIAR, et. al. 2011).

Até os anos 80 havia duas classes de antidepressivos, os tricíclicos (ADTs) e os inibidores de monoaminoxidase (IMAOs). Embora muito eficazes, apresentavam efeitos colaterais indesejáveis causados pela inespecificidade de sua ação farmacológica e eram potencialmente letais em casos de superdosagem. (MORENO et al., 1999).

4.2.1 Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)

Em 1970, o neurofarmacologista americano David Wong, descobriu substâncias que inibiam seletivamente a recaptação da serotonina nas sinapses do cérebro. (SABBATINI, 2003).

Os SSRI (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*, ou inibidores seletivos da recaptação da serotonina), inibem de forma potente e seletiva a recaptação de serotonina, resultando em potencialização da neurotransmissão serotoninérgica. (MORENO et al., 1999).

Desenvolvidos a partir dos ADTs, os IRSS foram assim classificados devidos a sua baixa afinidade conhecida por receptores adrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos e maior afinidade pelo bloqueio das proteínas de recaptação da serotonina. Os ISRS são geralmente bem tolerados em doses terapêuticas e praticamente isentos de risco em cardiopatas, quando comparados com os ADTs. (AGUIAR, et. al. 2011).

Por volta de 1988, surgiu no mercado a fluoxetina (Figura 1), que é um derivado oxitri fluorfenil da fenilpropanolamina, com o nome comercial Prozac, que marcou uma nova era no tratamento das depressões. (MANCINI; HALPERN, 2002; SABBATINI, 2003).

Sabbatini (2003) menciona ainda os efeitos da fluoxetina sobre a emocionalidade, sendo este o motivo que levou os pacientes alegarem que o Prozac os tornava pessoas mais felizes, e que até mudariam de personalidade.

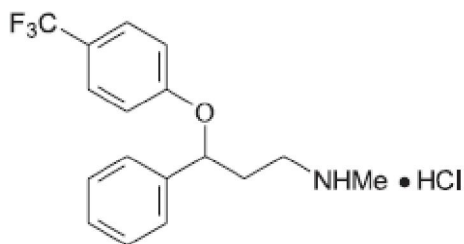


Figura 1 - Cloridrato de Fluoxetina

Fonte: Fregonezi-Nery, (2008)

Seu grau de segurança e poucos efeitos colaterais levou-o a ser ministrado amplamente por clínicos gerais e outros médicos não psiquiatras, representando hoje cerca de 70% das receitas de antidepressivos. Entre 1996 e 2001, o mercado mundial de antidepressivos da classe do Prozac, cresceu cerca de 80% ao ano. (SABBATINI, 2003).

4.2.2 Utilização da Fluoxetina para perda de peso

Os ISRS começaram a ser utilizados no início da década de 1980 para o tratamento da depressão. Pacientes tratados com fluoxetina, por menos de um ano, não só melhoravam da depressão, como também perdiam peso. (MARQUES, 1996).

Segundo Moreno et al. (1999), a fluoxetina é a única substância pertencente à classe dos ISRS que apresenta metabólito (norfluoxetina) com atividade clínica significativa: inibe a recaptação da serotonina e as isoenzimas do citocromo P450. Em função de sua ação seletiva, apresentam um perfil mais tolerável de ações adversas, existindo também diferenças entre os principais efeitos colaterais dos diferentes inibidores seletivos da recaptação da serotonina (MORENO et al., 1999).

De um modo geral, Moreno et al. (1999) relatam que as reações adversas que mais frequentemente acometem os pacientes são:

- Náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia;
- Agitação, ansiedade, insônia;
- Cefaleia, tonteados, fadiga, tremores;
- Perda ou ganho de peso;
- Disfunções sexuais;
- Reações dermatológicas;

Ainda segundo Moreno et al. (1999), com o passar do tempo, a náusea, a agitação e a cefaleia tendem a desaparecer. Infelizmente, a habituação é menos frequente com as disfunções sexuais induzidas pela medicação. Além disso, a fluoxetina parece mais potente na inibição do apetite com maior perda no início do tratamento.

A fluoxetina, um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS), é uma substância reconhecidamente eficaz para o tratamento dos sintomas da depressão humana com indicação para tratamento de depressão e bulimia nervosa, mas sem indicação formal de uso no tratamento da obesidade, porém, reduz a ingestão alimentar experimentalmente em animais. (MANCINI; HALPERN, 2002; CARLINI, 2009).

É apontado que a serotonina (5HT) tem um papel como regulador do apetite e da escolha de macronutrientes (hidratos de carbono, gorduras, proteínas) (MARQUES, 1996). Concentrações altas de 5HT nos núcleos hipotalâmicos mediais levam à redução do apetite e à preferência por alimentos proteicos. (MARQUES, 1996). Por isso, ela tem sido postulada como agente anorexígeno, embora seu efeito na perda de peso, em longo prazo, não tenha sido demonstrado. (CAREK; DICKERSON, 1999).

Em experimentos clínicos para aprovação desse medicamento como antidepressivo foi observada perda de peso. A fluoxetina possui ainda alguns efeitos endócrinos e metabólicos sobre pacientes diabéticos, os quais, quando tratados com fluoxetina, perdiam mais peso e reduziam seus requerimentos de insulina. (MANCINI; HALPERN, 2002). Esta eventual perda de peso advém de uma das reações adversas da fluoxetina, sendo esta indevidamente utilizada para o tratamento da obesidade. (CAREK; DICKERSON, 1999).

4.3 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO CONTRA OBESIDADE

Por muito tempo o tratamento farmacológico da obesidade foi visto como uma opção terapêutica controversa e sujeita a inúmeras críticas. (MANCINI; HALPERN, 2002).

Peixoto et al. (2008) descrevem que, o aumento da obesidade na população em geral, vem aumentando o uso dos tratamentos farmacológicos, entre eles, os inibidores do apetite, como a fluoxetina e a sertralina (antidepressivos inibidores da

recaptação de serotonina - ISRS), sendo essas drogas citadas pelo Consenso Latino Americano de Obesidade e pelo Consenso Brasileiro de Diabetes na intervenção coadjuvante ao tratamento anti-obesidade. Nos Estados Unidos, essas drogas ainda não foram aprovadas pela *Food and Drug Administration* (FDA) para o uso na perda de peso.

Segundo Mancini e Halpern (2002), tais críticas se devem a vários fatores, entre eles: abusos na Farmacoterapia da obesidade, erros no uso racional dos agentes disponíveis, generalização da prescrição de medicamentos, comercialização de cápsulas manipuladas, desvalorização da orientação do tratamento clássico (orientação dietética hipocalórica, aumento de atividade física programada ou não programada, técnicas de modificação comportamental).

Mancini e Halpern (2002) relatam que o tratamento farmacológico está sofrendo atualmente uma reavaliação, principalmente no que diz respeito ao conceito emergente de uso a longo prazo de medicações antiobesidade. Este tipo de tratamento está associado a outras terapias para perda de peso ou, ainda mais importante, no sentido de ajudar a manter o peso corporal ao longo do tempo.

Para Carek (1999), um medicamento útil no tratamento da obesidade deve possuir cinco características principais:

- Demonstrar efeito em reduzir o peso corporal e levar a melhora das doenças dependentes do excesso de peso;
- Ter efeitos colaterais toleráveis e/ou transitórios;
- Apresentar eficácia e segurança mantidas em longo prazo;
- Possuir mecanismo de ação conhecido;
- Idealmente ter um custo razoável.

Moreno (1999) classifica os tratamentos farmacológicos da obesidade de acordo com o conhecimento atual de controle e regulação da adiposidade corporal. Diante deste mecanismo há três possibilidades:

- Um primeiro mecanismo envolve substâncias que reduzem a ingestão energética;
- Uma segunda estratégia seria desviar o metabolismo normal de substâncias ou macronutrientes;
- Uma terceira opção é aumentar o gasto energético utilizando, desta forma, mais calorias;

Mancini e Halpern (2002) relatam que o principal problema com a fluoxetina, quando utilizado como agente antiobesidade, é a recuperação de peso observada em estudos em longo prazo. Em geral, durante os seis primeiros meses de tratamento, o paciente consegue obter uma redução gradual do peso, após este período o peso gradualmente se eleva, a despeito da continuação de uso da medicação.

4.4 ESTUDOS SOBRE AÇÃO DA FLUOXETINA NA PERDA DE PESO

Em um estudo randomizado e controlado, foi investigado o efeito a curto prazo do uso da fluoxetina na ingestão energética de indivíduos saudáveis mantidos em alojamento laboratorial. Estudou-se durante 16 dias a ingestão de dietas ricas em carboidrato ou em gordura, comparando-as com dieta controle que continha quantidades adequadas de macronutrientes, concomitantemente ou não ao uso de 40mg de fluoxetina. Observou-se diminuição de ingestão energética em 400 kcal pelo uso da fluoxetina, sem evidências de efeitos da droga na ingestão de carboidratos. O efeito observado foi a diminuição no número e na quantidade das refeições. (FOLTIN et al. 1996, apud PEIXOTO, 2008).

Em um estudo de coorte, foi observado, em pacientes obesas com depressão maior que, de 52 pacientes que utilizaram 20mg de fluoxetina, a maioria delas (49 pacientes) perdeu de 2 a 11kg de peso em 56 dias de acompanhamento. Entretanto, em longo prazo, a mudança de peso parece ser o oposto, com ganho de peso que, nem sempre, é relacionado ao efeito colateral da droga, mas à recuperação da depressão. (SILVA et al. 1995, apud PEIXOTO, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem clínica atual dirigida à obesidade envolve basicamente terapias de reeducação alimentar, comportamentais e farmacológicas que se dirigem a atividade física e mudanças de padrões alimentares. Com o passar do tempo, surgirão medicamentos apropriados para a obesidade que poderão ser usados tanto para adultos como em crianças. Todavia, o tratamento da obesidade, independente do medicamento escolhido, deve se atentar para a manutenção do peso, algumas medidas não-farmacológicas, e uma mudança no estilo de vida, como a orientação nutricional e incentivo à prática de atividade física.

Uma dos maiores desafios do futuro será o desenvolvimento de uma farmacoterapia para a obesidade, uma vez que esta trará desenvolvimentos significativos no tratamento desta patologia.

A fluoxetina mostrou-se eficaz na perda de peso inicial, no entanto, essa perda se deve não ao efeito da droga e sim à recuperação da depressão, uma vez que pacientes obesos acabam adquirindo esta patologia.

REFERÊNCIAS

AGUIAR C. C. et al, Drogas antidepressivas. **Acta Med Port.** Fortaleza, v. 24, p. 091-098, 2011. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2011-24/1/091-098.pdf>>. Acesso em: 25 junho 2013.

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal. estatura⁻²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 26, n. 6, p. 431-436, 1992. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101992000600009>>. Acesso em: 7 dezembro 2012.

BACALTCHUK, J.; HAY, P. Tratamento da bulimia nervosa: síntese das evidências. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** São Paulo, v. 21, n. 3, p. 184-187, 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000300012>>. Acesso em: 9 dezembro 2012.

CAMPOS, A. L. R. et al. Quociente de inteligência de crianças e adolescentes obesos através da escala Wechsler. **Revista de Saúde Pública.** v. 30, n.1, p. 85-90, 1996. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000100011>>. Acesso em: 25 junho 2013.

CARLINI, E. A. et al. Fluoxetina: indícios de uso inadequado. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 97-100, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852009000200005>>. Acesso em: 11 setembro 2012.

CAREK, O. J.; DICKERSON, L. M. Conceitos atuais no tratamento farmacológico da obesidade. **Drugs, Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia,** São Paulo, v. 5, p. 883-904, 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852039870203605>>. Acesso em: 9 dezembro 2012.

FOLTIN R.W. et. al. Efeito da fluoxetina sobre a ingestão de alimentos dos seres humanos vivendo em laboratório residencial. **Appetite.** São Paulo, p. 165-81, 1996. Disponível em: <http://eatingdisorders.ucsd.edu/research/pdf_papers/2001/kaye2001doubleblind.pdf>. Acesso em: 11 abril 2013.

FREGONEZI-NERY, M. M. et al. Validação de métodos para determinação de fluoxetina em cápsulas. **Química Nova.** São Paulo, v. 31, n. 7, p. 1665-1669, 2008.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-40422008000700012>>. Acesso em: 11 setembro 2012.

GARROW, JS. Três limitações do índice de massa corporal. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 26, n. 6, p. 431-436, 1992. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101992000600009>>. Acesso em: 7 dezembro 2012.

LOLIO, C. A.; LATORRE, M. R. D. O. Prevalência de obesidade em localidade do Estado de São Paulo, Brasil, 1987. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 25, n. 1, p. 33-36, 1991. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101991000100007>>. Acesso em: 07 dezembro 2012.

MANCINI, M. C.; HALPERN, A. Tratamento farmacológico da Obsidade. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia**. São Paulo, v. 50, n. 2, p. 377-389, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302002000500003>>. Acesso em: 11 setembro 2012.

MARDONES, M. A.; ATALAH, E. Prevalência e fatores condicionantes da obesidade em adolescentes do sexo feminino. **Revista de Pediatria**. São Paulo, v. 58 p.311-316, 1987. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v58n4/art06.pdf>>. Acesso em: 11 setembro 2012.

MARQUES C.S., et al. Inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) e ganho de peso. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. São Paulo, v. 45, p. 111-114, 1996. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano05/artigo1005b.php>>. Acesso em: 09 abril 2013.

MARTINS, E. L. M. et al. Dispensações de psicotrópicos anorexígenos no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**. Minas Gerais, v. 17, n. 12, p. 3331-3342, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n12/18.pdf>>. Acesso em: 11 setembro 2012.

MORENO, R. A. et. al. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 21, p. 24-40, 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500006>>. Acesso em: 09 setembro 2012.

MOTA, D. M.; SILVA-JR, G. G. Evidências advindas do consumo de medicamentos moduladores do apetite no Brasil: um estudo farmacoeconômico. **Revista da Associação de Médicos do Brasil**. São Paulo, v. 58, n. 1, p. 88-94. 2012.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n1/v58n1a20.pdf>>. Acesso em: 14 abril 2013.

PAPELBAUM, M. et al. Distribuição de transtornos alimentares em indivíduos com diabetes melito do tipo 1 e do tipo 2: descrição de dois casos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 93-96, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000100016>>. Acesso em: 07 dezembro 2012.

PAUMGARTTEN, F. J. R. Tratamento farmacológico da obesidade: a perspectiva da saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 404, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300001>>. Acesso em: 09 abril 2013.

PEIXOTO, H. G. E. et al. Antidepressivos e alterações no peso corporal. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 21, n. 3, p. 04-10, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000300009>>. Acesso em: 11 abril 2013.

REZENDE, F. A. C. et al. Aplicabilidade do índice de massa corporal na avaliação da gordura corporal. **Revista Brasileira de Medicina Esporte**. v. 16, n. 2, p. 90-94, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922010000200002>>. Acesso em: 25 junho 2013.

SABBATINI, R. M. E. A Descoberta das Drogas para Tratamento de Doenças Mentais. **Caderno de Saúde Pública**. p. 23-25, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732026000400007>>. Acesso em: 11 abril 2013.

SALZANO, F. T.; CORDAS, T. A. Tratamento farmacológico de transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 31, n. 4, p. 188-194, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700012>>. Acesso em: 07 dezembro 2013.

SANTOS, F. M. et al. Estudos de bioequivalência para fármacos que apresentam farmacocinética não-linear. **Revista Infarma**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1-2, p. 41-42, 2004. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/82/i01-infarma_001.pdf>. Acesso em: 25 junho 2013.

SILVA, L. G. et al. Depressão, obesidade e fluoxetina. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. São Paulo, p. 44, 1995. Disponível em: <http://eatingdisorders.ucsd.edu/research/pdf_papers/2001/kaye2001doubleblind.pdf>. Acesso em: 09 abril 2013.

VASQUES, F.; MARTINS, F. C.; AZEVEDO, A. P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 31, n. 4, p. 195-198, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22408.pdf>>. Acesso em: 11 abril 2013.

WILLIAMSON, D. F. Consumo alimentar e atividade física como "Preditores" de ganho de peso em observacional, prospectivo estudos. *Revista de Nutrição*. Campinas, n. 54, p. 101-109, 1996. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52731998000200009>>. Acesso em: 11 abril 2013.