



**Impactos do Uso e Venda
Indiscriminada de
Medicamentos
Análogos ao GLP-1**



**Conselho
Federal de
Farmácia**

Monica lenzi

- Farmacêutica formada pela UFMG – CRFMG 8408
- Educadora em Diabetes pelo IDF | SBD | ADJ
- Divulgadora Científica sobre Diabetes
- Empreendedora e Influenciadora digital, palestrante, professora e escritora
- Membro do departamento de farmácia da SBD
- Cofundadora do MIDB – Movimento Influencers Diabetes

Conselho
Federal de
Farmácia



Os grupos de substâncias controladas pela Anvisa são os seguintes:

- Substâncias abortivas ou que causam má-formação fetal (teratogênicas)
- Substâncias que podem originar psicotrópicos
- Insumos utilizados na fabricação de entorpecentes e psicotrópicos
- Plantas utilizadas na fabricação de entorpecentes
- Entorpecentes
- Substâncias químicas de uso das forças armadas
- Substâncias de uso proibido no Brasil.

Tipos de receituários de controle especial

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</th> </tr> <tr> <td>NOME COMPLETO: _____</td> </tr> <tr> <td>CRM: _____ UF: _____ N°: _____</td> </tr> <tr> <td>ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE: _____</td> </tr> <tr> <td>CIDADE: _____ UF: _____</td> </tr> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	NOME COMPLETO: _____	CRM: _____ UF: _____ N°: _____	ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE: _____	CIDADE: _____ UF: _____	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE			
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE									
NOME COMPLETO: _____									
CRM: _____ UF: _____ N°: _____									
ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE: _____									
CIDADE: _____ UF: _____									
PACIENTE: _____ ENDEREÇO: _____ PRESCRIÇÃO: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th> </tr> <tr> <td>NOME: _____</td> </tr> <tr> <td>IDENT: _____ ÓRG. EMISSOR: _____</td> </tr> <tr> <td>END: _____</td> </tr> <tr> <td>CIDADE: _____ UF: _____</td> </tr> <tr> <td>TELEFONE: _____</td> </tr> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	NOME: _____	IDENT: _____ ÓRG. EMISSOR: _____	END: _____	CIDADE: _____ UF: _____	TELEFONE: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</th> </tr> <tr> <td style="height: 100px; vertical-align: bottom;"> ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / / </td> </tr> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR									
NOME: _____									
IDENT: _____ ÓRG. EMISSOR: _____									
END: _____									
CIDADE: _____ UF: _____									
TELEFONE: _____									
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR									
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /									

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA

UF: _____ NÚMERO: _____	B	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</th> </tr> <tr> <td style="height: 60px;"></td> </tr> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">Medicamento ou Substância</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Quantidade e Forma Farmacológica</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Dose por Unidade Posológica</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Posologia</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Medicamento ou Substância		Quantidade e Forma Farmacológica		Dose por Unidade Posológica		Posologia	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE													
Medicamento ou Substância													
Quantidade e Forma Farmacológica													
Dose por Unidade Posológica													
Posologia													
_____ de _____ de _____ Paciente: _____ _____ Endereço: _____ Assinatura do Emissor: _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th> <th style="text-align: center;">CARIMBO DO FORNECEDOR</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade No. _____ Órgão Emissor: _____ </td> <td style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; height: 40px;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> Nome do Vendedor: _____ Data: / / </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	CARIMBO DO FORNECEDOR	Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade No. _____ Órgão Emissor: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; height: 40px;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> Nome do Vendedor: _____ Data: / / </td> </tr> </table>		Nome do Vendedor: _____ Data: / /				
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	CARIMBO DO FORNECEDOR												
Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade No. _____ Órgão Emissor: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; height: 40px;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> Nome do Vendedor: _____ Data: / / </td> </tr> </table>		Nome do Vendedor: _____ Data: / /										
	Nome do Vendedor: _____ Data: / /												
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - C/C		Numeração desta Impressão de: _____ de _____											

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA

UF: _____ NÚMERO: _____	A	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</th> </tr> <tr> <td style="height: 60px;"></td> </tr> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">QUANTIDADE E FORMA FARMACOLÓGICA</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">FORMA FARMACOLÓGICA, CONCENTRAÇÃO E POSOLOGIA</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA		QUANTIDADE E FORMA FARMACOLÓGICA		FORMA FARMACOLÓGICA, CONCENTRAÇÃO E POSOLOGIA	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE											
ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA											
QUANTIDADE E FORMA FARMACOLÓGICA											
FORMA FARMACOLÓGICA, CONCENTRAÇÃO E POSOLOGIA											
_____ de _____ de _____ Paciente: _____ _____ Endereço: _____ Assinatura do Emissor: _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th> <th style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> Nome: _____ Endereço: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____ </td> <td style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; height: 40px;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> Nome: _____ Data: / / </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	Nome: _____ Endereço: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; height: 40px;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> Nome: _____ Data: / / </td> </tr> </table>		Nome: _____ Data: / /		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR										
Nome: _____ Endereço: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; height: 40px;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> Nome: _____ Data: / / </td> </tr> </table>		Nome: _____ Data: / /								
	Nome: _____ Data: / /										
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - C/C		Numeração desta Impressão de: _____ de _____									

Tipos de receituários de controle especial

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL									
<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</th></tr></thead><tbody><tr><td>NOME COMPLETO: _____</td></tr><tr><td>CRM: _____ UF: _____ Nº: _____</td></tr><tr><td>ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE: _____</td></tr><tr><td>CIDADE: _____ UF: _____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	NOME COMPLETO: _____	CRM: _____ UF: _____ Nº: _____	ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE: _____	CIDADE: _____ UF: _____	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE			
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE									
NOME COMPLETO: _____									
CRM: _____ UF: _____ Nº: _____									
ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE: _____									
CIDADE: _____ UF: _____									
PACIENTE: _____									
ENDEREÇO: _____									
PRESCRIÇÃO: _____ _____ _____ _____ _____									
<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th><th>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>NOME: _____</td><td rowspan="5">ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /</td></tr><tr><td>IDENT: _____ ÓRG. EMISSOR: _____</td></tr><tr><td>END: _____</td></tr><tr><td>CIDADE: _____ UF: _____</td></tr><tr><td>TELEFONE: _____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	NOME: _____	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /	IDENT: _____ ÓRG. EMISSOR: _____	END: _____	CIDADE: _____ UF: _____	TELEFONE: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR								
NOME: _____	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /								
IDENT: _____ ÓRG. EMISSOR: _____									
END: _____									
CIDADE: _____ UF: _____									
TELEFONE: _____									

- Destinada a fármacos que constam nas listas C1, C4 e C5, a receita branca de controle especial não é acompanhada por notificações de receitas.
- Usada para dispensar **anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, antidepressivos e antipsicóticos**, enquanto a C4 permite a aquisição de **antirretrovirais** e a C5,

Tipos de receituários de controle especial



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE
NOME COMPLETO: _____	
CRM: _____ UF: _____ N°: _____	
ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE: _____	
CIDADE: _____ UF: _____	

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME: _____	
IDENT: _____ ÓRG. EMISSOR: _____	
END: _____	
CIDADE: _____ UF: _____	
TELEFONE: _____	
	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /



Alucinações e sonambulismo: veja os riscos do uso indevido do Zolpidem

Medicamento não deve ser prescrito por um longo prazo e apresenta riscos se usado sem seguir as recomendações médicas

Fernanda Pinotti, da CNN , em São Paulo

30/01/2024 às 04:00 | Atualizado 30/01/2024 às 12:57

Tipos de receituários de controle especial

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Medicamento ou Substância
UF	NÚMERO	Paciente: _____ Endereço: _____	Quantidade e Forma Farmacológica
B			Dose por Unidade Posológica
Assinatura do Emitente			Posologia
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR			CARIMBO DO FORNECEDOR
Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade No. _____ Órgão Emissor: _____		Nome do Vendedor: _____ Data: ____/____/____	
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CDD		Numeração desta impressão de _____ de _____	

- Empregado para a aquisição de psicotrópicos das listas B1 e B2, como **anorexígenos e calmantes**.
- São marcados na embalagem com **tarja preta**.
- As **substâncias** do grupo B têm **efeito no sistema nervoso central** e são rastreadas pelas autoridades de saúde.



• Ao vivo

Política

WW

Economia

Esportes

Pop

Viagem & Gastronomia

Anvisa restringe regras para prescrição e venda do Zolpidem; veja o que muda

Decisão foi tomada devido ao aumento de relatos de uso irregular e abusivo do medicamento para tratamento da insônia, segundo a agência

Gabriela Maraccini, da CNN

16/05/2024 às 12:02

1º de agosto de 2024



NOTIFICAÇÃO DA RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF	NUMERO	B		Quantidade e Forma Farmacológica	
				Dose por Unidade Posológica	
de de		Paciente:		Posologia	
		Endereço:			
Assinatura do Emissor					
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR			CARIMBO DO FORNECEDOR		
Nome:			Nome do Vendedor		
Endereço:			Data		
Telefone:					
Identidade No.			Órgão Emissor:		
Dados da Gráfica - Nome - Endereço Completo - COC			Numeração desta impressão de de de		

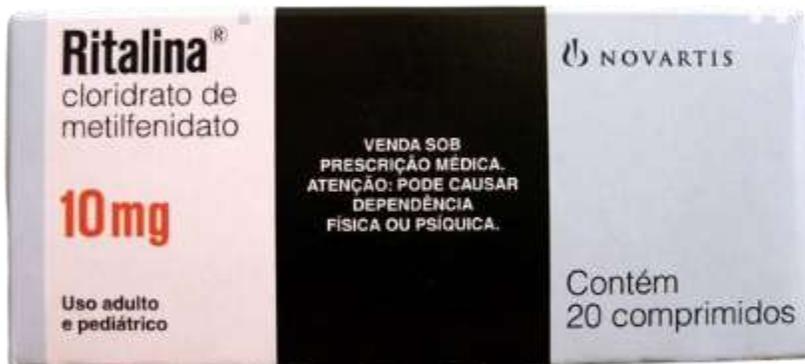
Tipos de receituários de controle especial



O formulário é dividido em seções para identificação de dados pessoais, profissionais e institucionais, além de campos para o nome do paciente e do medicamento.

- Os medicamentos de maior risco para pacientes são os de **tarja preta**, como **analgésicos potentes e antipsicóticos** (das listas A1, A2 e A3). Esses remédios possuem efeitos entorpecentes ou psicotrópicos e são rigidamente controlados pela Anvisa.
- Para que **médicos** possam prescrever esses medicamentos, eles precisam obter um **talonário especial de receitas (Notificação de Receita A)**. O primeiro talonário é fornecido gratuitamente pela **vigilância sanitária**. Para isso, o **médico** deve comparecer ao **órgão responsável** para preencher um **formulário de cadastro** ou enviar a **ficha preenchida e assinada com reconhecimento de firma em cartório**.

Medicamentos dispensados por receita AMARELA



JORNAL DA USP

Entenda quais são os riscos da prescrição indiscriminada da ritalina

O uso inadequado pode levar os pacientes à dependência do medicamento

📁 Atualidades / Pílula Farmacêutica / Programas / Rádio USP - 🔗 <https://jornal.usp.br/?p=266208>

📅 19/08/2019 - Publicado há 5 anos

Saúde

'Não tenho medo de viciar': a febre arriscada do uso recreativo de Venvanse

Daniele Dutra • Colaboração para VivaBem

16/09/2024 05h30



“ Não sou diagnosticado e nem tenho prescrição médica. Uso em situações pontuais mesmo, quando preciso de mais atenção em algum trabalho com maior grau de dificuldade. Ou quando vou estudar técnicas novas e muito complexas. Também faço uso da Ritalina. Fico muito mais produtivo e não tenho medo de viciar o organismo. ”

— Pedro



Quem são os análogos de GLP-1?

- Liraglutida (Victoza e Saxenda)
- Lixenatida (Soliqua)
- Dulaglutida (Trulicity)
- Semaglutida (Ozempic, Rybelsus e Wegovy)
- Tirzepatida (Mounjaro)

SETEMBRO
2011



JULHO
2024



**Devemos reter receita
ou regulamentar a
mídia?**

OBRIGADA!



www.diabetesevoce.com.br



www.facebook.com/diabetesevoce



www.youtube.com/@diabetesevoce



monica@monicalenzi.com.br



[@portaldiabetesevoce](https://www.instagram.com/portaldiabetesevoce)