

ESTUDO DAS PRESCRIÇÕES DE ANOREXÍGENOS DISPENSADOS EM UMA FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO DE CASCAVEL-PR

Katiana Henning, Marlon Thiago Pereira, Andréia Cristina Conegero Sanches
(Orientador/UNIOESTE), e-mail: andreiaconegero@unioeste.br

Universidade Estadual do Oeste do Paraná/Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas – Cascavel – PR.

Palavras-chave: obesidade, tratamento, anorexígenos

Resumo

A obesidade é uma doença crônica e progressiva, definida por um excesso de tecido adiposo devido a um desequilíbrio do balanço entre a ingestão calórica e o gasto energético de um indivíduo. Levantamentos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que 35% da população brasileira adulta têm peso acima do desejável. O tratamento da obesidade constitui um grande desafio. Em relação ao tratamento dietético é importante que não haja grandes restrições calóricas (<1200 kcal/ dia). O tratamento medicamentoso da obesidade é indicado em casos nos quais o tratamento convencional com dieta hipocalórica e incentivo à atividade física resulte, por várias razões, em insucesso. O presente estudo teve por objetivo analisar as prescrições de anorexígenos dispensados em uma farmácia com manipulação em Cascavel – Paraná. Foram coletadas as prescrições dos medicamentos anorexígenos, referentes às substâncias da Lista B conforme Portaria SVS/MS nº 344 de 12 de maio de 1998, retidas em uma Farmácia com Manipulação do município de Cascavel-Paraná, durante os meses de maio e junho de 2008 e avaliadas quanto a: sexo do paciente, medicamento prescrito, concentração prescrita do medicamento e especialidade do profissional prescriptor. Avaliaram-se 448 prescrições, das quais 393 (88%) correspondem a usuários do sexo. Das 448 prescrições, 59,60% (267) foram emitidas por endocrinologistas seguidos por anestesistas 15,40% (69) e clínico geral 10,71% (48). Constatou-se que o medicamento mais utilizado foi o femproporex 52,90 % (237), seguido da anfepramona 26,56% (119) e da sibutramina 20,30% (91). Observou-se que alguns medicamentos foram prescritos com uma subdosagem, privando o paciente de um tratamento adequado. No entanto, observamos também que a maioria dos medicamentos prescritos não ultrapassou a dose diária recomendada pela ANVISA. O tratamento da obesidade deve envolver mudanças inadequadas de estilo de vida, de hábito alimentar, o aumento da atividade física e eventualmente o uso de algumas medicações.

Introdução

A obesidade é uma doença crônica e progressiva, definida por um excesso de tecido adiposo devido a um desequilíbrio do balanço entre a ingestão calórica e o gasto energético de um indivíduo, sendo que existem diversos fatores envolvidos, desde socioeconômicos até genéticos e ambientais. Apesar dos

avanços feitos nos últimos anos, a etiologia deste desbalanço ainda não foi totalmente esclarecida (WHO, 1998 apud NONINO, BORGES & DOS SANTOS, 2006).

Levantamentos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que 35% da população brasileira adulta têm peso acima do desejável, sendo 13% das mulheres, 7% dos homens e 15% das crianças. Esses índices estão crescendo. Comparando dados dos estudos do IBGE em 1974 com os do Programa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) em 1989, verifica-se expressivo aumento da obesidade em adultos entre 25 e 64 anos de idade. Segundo a primeira Pesquisa de Padrão de Vida (PPV) do IBGE, existem 8,7% de nordestinos obesos e, na região Sudeste, o índice é de 10,5%. No total das duas regiões, os obesos somam 9,8%, crescimento expressivo em relação PNSN de 1989, quando o índice encontrado foi de 8,2% (FUCHS, WANNMACHER & FERREIRA, 2006).

Nos Estados Unidos, estima-se que aproximadamente 58 milhões de adultos (26 milhões de homens e 32 milhões de mulheres) sejam obesos. Dados do *National Institute of Health* apontam sobrepeso e obesidade em 55% dos adultos (97 milhões). A prevalência da obesidade aumentou de 12% em 1991 para 17,9% em 1998. Em 2001, a prevalência de obesidade (IMC > 30) atingiu 20,9% versus 19,8% em 2000, um aumento de 5,6% (FUCHS, WANNMACHER & FERREIRA, 2006).

Tem havido aumento mundial na prevalência de obesidade, o qual se tornou mais notório dos anos 1980 para os 1990. Essa condição deixou de ser problema estético para tornar-se importante fator de risco para inúmeras doenças que comprometem o homem contemporâneo (FUCHS, WANNMACHER & FERREIRA, 2006).

A obesidade está associada a um aumento na incidência de diabetes, hipertensão, dislipidemia, doença cardiovascular, cálculos biliares, doença respiratória, osteoartrite e algumas formas de câncer, não se tratando apenas de um problema estético (SILVA, 2002).

Considerada um risco à saúde, faz-se necessário um enfoque multidisciplinar no tratamento da obesidade. Dessa forma, as principais estratégias atualmente utilizadas no manejo dessa doença incluem: mudança de estilo de vida, reeducação alimentar e tratamento medicamentoso.

O tratamento da obesidade constitui um grande desafio. Muito se sabe das alterações metabólicas que ocorrem no obeso e das mudanças comportamentais (hábitos alimentares e de atividade física) necessárias para o tratamento deste problema, tendo os pacientes dificuldades em aderir às modificações recomendadas.

O tratamento medicamentoso da obesidade é indicado em casos nos quais o tratamento convencional com dieta hipocalórica e incentivo à atividade física resulte, por várias razões, em insucesso. Os candidatos aos medicamentos são pessoas com índice de massa corporal (IMC) maior que 30 kg/m², ou quando o paciente tem doenças associadas ao excesso de peso com IMC superior a 25 kg/m² (WHO, 1998 apud MANCINI & HALPERN, 2002).

Um medicamento útil para tratamento da obesidade deve possuir as seguintes características: 1) demonstrar efeito em reduzir o peso corporal e levar a

melhora das doenças dependentes do excesso de peso; 2) ter efeitos colaterais toleráveis e/ou transitórios; 3) não ter propriedades de adição; 4) apresentar eficácia e segurança mantidas em longo prazo; 5) possuir mecanismo de ação conhecido; 6) idealmente ter um custo razoável (GUY-GRAND, 1989 apud MANCINI & HALPERN, 2006).

Atualmente, no Brasil, os medicamentos disponíveis para o tratamento da obesidade, podem ser classificados conforme seu modo de ação em: catecolaminérgicos, que incluem os inibidores do apetite e agem reduzindo a fome – anorexígenos (femproporex, anfepramona ou dietilpropiona e mazindol), serotoninérgicos e catecolaminérgicos, que atuam reduzindo a ingestão alimentar por aumentarem a saciedade – sacietógenos (cloridrato de sibutramina monohidratada) e inibidores de absorção de gorduras (orlistate) (NONINO, BORGES & DOS SANTOS, 2006).

O presente estudo teve por objetivo analisar as prescrições de anorexígenos dispensados em uma farmácia com manipulação em Cascavel – Paraná. Avaliando nestas prescrições sexo do paciente, medicamento prescrito, concentração prescrita do medicamento e especialidade do profissional prescritor.

Materiais e Métodos

Foram coletadas as prescrições dos medicamentos anorexígenos, referentes às substâncias da Lista B conforme Portaria SVS/MS nº 344 de 12 de maio de 1998, retidas em uma Farmácia com Manipulação do município de Cascavel-Paraná, durante os meses de maio e junho de 2008 e avaliadas quanto a: sexo do paciente, medicamento prescrito, concentração prescrita do medicamento e especialidade do profissional prescritor.

Resultados e Discussão

Avaliaram-se 448 prescrições, das quais 393 (88%) correspondem a usuários do sexo feminino e apenas 55 (12%) representam usuários do sexo masculino (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das prescrições segundo o sexo do paciente

Sexo	Total	%
Feminino	393	88
Masculino	55	12
Total	448	100

Segundo Romeu *et al.* (2008), o resultado mostra que as mulheres são grandes consumidoras de fármacos anorexígenos, e isso é um fato esperado em função do apelo social por um padrão de beleza que cultua corpos extremamente magros e esculpturais. O estudo realizado por Noto *et al.* (2002), demonstrou que a relação de prescrições de anorexígenos para mulheres foi dez vezes maior em

relação às prescrições para homens. Outros trabalhos também demonstram esta relação, Bejola (2007), verificou que as mulheres representam a maioria consumista de anorexígenos, com 80% das prescrições. Concordando com estes dados, Carneiro *et al.* (2008), evidenciou a predominância absoluta de consumo de anorexígenos pelas mulheres representando 88%, na proporção de 10:1. Foi possível observar que os dados encontrados nesse estudo estão de acordo com os demais estudos.

Os valores observados sugerem, fortemente, a conexão entre as prescrições observadas e a busca por padrões estéticos que a sociedade valoriza, padrões estes historicamente relacionados ao gênero feminino. Dessa forma, a associação entre regimes para emagrecimento e prescrições de fármacos psicotrópicos pode ser inferida, quando, por exemplo, vários autores referem que o consumo de anfetaminas é normalmente maior entre mulheres (ANDRADE *et al.*, 2004).

A Tabela 2 apresenta os valores das prescrições emitidas por especialidade médica, sendo que, das 448 prescrições, 59,60% (267) foi emitida por endocrinologistas seguidos por anestesistas 15,40% (69) e clínico geral 10,71% (48).

Destacam-se ainda, entre os profissionais responsáveis pelas prescrições de anorexígenos os cirurgiões plásticos (15,40%), os cardiologistas (15%), os nutrólogos (13%) e os ginecologistas (6%).

Tabela 2 - Distribuição das prescrições segundo a especialidade médica do prescritor

Especialidade Médica	Total	%
Anestesista	69	15,40
Cardiologista	15	3,35
Cirurgião Plástico	30	6,70
Clínico Geral	48	10,71
Endocrinologista	267	59,60
Ginecologista	06	1,34
Nutrólogo	13	2,90
Total Geral	448	100,00

Os resultados do estudo de Mariz *et al.* (2002), encontraram uma porcentagem maior de prescritores endocrinologistas (50,4%), enquanto que os clínicos foram responsáveis por 37,2% das prescrições de fármacos anorexígenos. No entanto, de acordo com Noto *et al.* (2002), Andrade *et al.* (2004) e Romeu *et al.* (2008), a maioria das prescrições foi realizada por clínicos gerais. Esses resultados permitem supor que as especialidades dos prescritores de anorexígenos são muito variáveis e que o uso do anorexígeno, mesmo sob orientação médica, pode estar ocorrendo de forma inadequada.

O uso exagerado destes medicamentos no Brasil parece ser estimulado pelos próprios médicos, pelo menos aparentemente. De fato, tanto para prescrever os produtos acabados como as fórmulas magistrais há uma exigência governamental regulamentada pela *Portaria 344/98, Art. 46* de um formulário especial preenchido pelo médico, que fica retido nas farmácias (NAPPO, 1992).

No presente estudo, constatou-se que o medicamento mais utilizado foi o femproporex 52,90 % (237), seguido da anfepramona 26,56% (119) e da sibutramina 20,30% (91). Observou-se que o mazindol foi pouco consumido representando apenas 0,2 % das prescrições e o orlistat não foi dispensado no período da pesquisa (Tabela 3).

Registros de Nappo (1992), nos mostram que o consumo de substâncias anorexígenas é muito comum desde 1988, os quais na época já eram suspeitos de ser um problema de saúde pública no país. Ainda, segundo NAPPO (1992), o femproporex em 1989 já era a droga mais consumida, havendo a partir de então, uma variação de consumo de substâncias no decorrer dos anos.

Nas pesquisas de Noto *et al.* (2002), também observou-se a anfepramona e o femproporex como os anorexígenos mais prescritos.

Esses dados foram comparados com os que Carneiro *et al.* (2008), obtiveram em Belo Horizonte que também detectou o femproporex (59,8%) e a anfepramona (34,2%) como os mais prescritos.

No entanto, de acordo com Romeu *et al.* (2008), das 102 prescrições analisadas 36,3% corresponderam a anfepramona, 33,9% a sibutramina e 29,8% ao femproporex, sendo que o mazindol não foi dispensado durante a pesquisa.

Substâncias que atuam apenas diminuindo a absorção de gorduras no trato gastrointestinal como o orlistat, são drogas de eficácia comprovada e baixa incidência de efeitos colaterais, porém de custo alto, o que as torna inacessíveis à maior parte da população do país. O que justifica o consumo exagerado do femproporex, o qual, por ser um medicamento de baixo custo financeiro é mais acessível para uma grande camada da população (MACHADO *et al.*, 2002).

Tabela 3 - Distribuição dos medicamentos psicotrópicos anorexígenos pela denominação Comum Brasileira (DCB).

Nome Genérico (DCB)	Notificações para cada substância	
	Total	%
Anfepramona	119	26,56
Femproporex	237	52,90
Mazindol	01	0,20
Orlistat	00	00
Sibutramina	91	20,30
Total Geral	448	100,00

Na tabela 4 observou-se que alguns medicamentos foram prescritos com uma subdosagem, privando o paciente de um tratamento adequado. No entanto, observamos também que a maioria dos medicamentos prescritos não ultrapassou a dose diária recomendada pela ANVISA, exceto a sibutramina que teve algumas prescrições com concentração superior a 15mg. Isso pode interferir na resposta desejada.

De acordo com Carneiro *et al.* (2008), a dosagem prescrita acima ou abaixo da preconizada na literatura pode ser explicada por erro de prescrição e/ou desatualização por parte do profissional médico ou, ainda, pela necessidade de ajuste de dose de alguns pacientes, reforçando o papel das farmácias magistrais neste caso.

Tabela 4- Doses mínima e máxima prescritas comparadas com a dose diária recomendada (DDR) fornecida pela ANVISA para cada substância

Nome Genérico (DCB)	Dose mínima e máxima (mg)	Dose diária recomendada (DDR)
Anfepramona	15-90	120
Femproporex	15-50	50
Mazindol	0-1,5	3
Sibutramina	6-20	10-15

Pensando em aprimorar o controle e a fiscalização do consumo de medicamentos psicotrópicos anorexígenos, recentemente a ANVISA publicou a Resolução RDC nº 58, de setembro de 2007 que veda a prescrição, a dispensação e o aviamento de medicamentos ou fórmulas medicamentosas que contenham substâncias psicotrópicas anorexígenas com finalidade exclusiva de tratamento da obesidade acima das Doses Diárias Recomendadas (DDR), para um tratamento igual ou inferior a trinta dias (Tabela 4).

Segundo Romeu *et al.* (2008), a sibutramina é um fármaco que proporciona, relativamente, baixo percentual de reações adversas, interações medicamentosas e menores riscos ao usuário e apesar do pouco tempo no mercado (sete anos), em relação aos fármacos que contêm anfepramona e femproporex (11 e 32 anos, respectivamente), já está entre os fármacos anorexígenos mais vendidos, mesmo apresentando alto valor comercial.

Como a sibutramina tem sido considerada segura e eficiente pela maioria dos especialistas, corre-se o risco iminente de abuso. Pensando nisso, pesquisadores franceses realizaram um estudo para averiguar os efeitos de doses abusivas de sibutramina. Na pesquisa, comparou-se 25 e 75 mg diárias desta substância, com 20 mg de anfetamina e placebo. De acordo com os resultados, o uso de 25 mg/dia de sibutramina não produziu efeitos colaterais relevantes, já à dosagem de 75 mg/dia ocasionou efeitos desagradáveis como ansiedade, confusão e fadiga, sendo que os pacientes optariam por não mais receber altas doses de sibutramina, ao contrário da anfetamina, que produziu efeitos positivos no humor e foi considerada agradável pelos pacientes (SCHUH *et al.*, 2000 apud GENTIL, 2008).

De acordo com a Portaria 344/98, no caso de formulações magistrais, as formas farmacêuticas deverão conter, no máximo, as concentrações que constam de Literaturas Nacional e Internacional oficialmente reconhecidas. Ficam proibidas a prescrição e o aviamento de fórmulas contendo associação medicamentosa das substâncias anorexígenas, quando associadas entre si ou com ansiolíticos, diuréticos, hormônios ou extratos hormonais e laxantes, bem como quaisquer outras substâncias com ação medicamentosa. A Notificação de Receita "B" poderá conter no máximo 5 (cinco) ampolas e, para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente no máximo a 60 (sessenta) dias.

Segundo Carneiro *et al.* (2008), a educação permanente dos farmacêuticos é importante, capacitando-os a recusar o atendimento de prescrições com dosagens superiores às recomendadas internacionalmente, ou que representem associações indesejáveis e até mesmo ilegais, tendo em vista o risco para o consumidor. É essencial conscientizar os médicos de que os riscos advindos do uso dessas substâncias podem superar os benefícios, e que existe um prazo máximo de tratamento de no máximo três meses, recomendado por órgãos internacionais, que deverá ser obedecido.

Conclusão

O tratamento da obesidade deve necessariamente envolver mudanças inadequadas de estilo de vida, de hábito alimentar, o aumento da atividade física e eventualmente o uso de algumas medicações.

O uso de medicamentos no tratamento da obesidade deve ser realizado com cautela, devendo ser usados apenas como adjuvantes do tratamento, pois apresentam muitos efeitos colaterais. A princípio parecem resolver o problema reduzindo o apetite e facilitando o seguimento da dieta, entretanto, na maioria dos trabalhos observou-se que o paciente tende a recuperar seu peso anterior ao tratamento, iniciando o famoso efeito "ioiô".

O consumo exagerado de medicamentos anorexígenos deu ao Brasil o título de maior consumidor de medicamentos para emagrecimento do mundo, de um modo geral, os resultados observados neste trabalho, demonstram que o consumo dessa classe de medicamentos é normalmente maior entre as mulheres, o que sugere a ligação entre as prescrições observadas e a busca por padrões estéticos que a sociedade valoriza.

Referências

- Andrade, M. F.; Andrade, R. C. G.; Santos, V. Prescrição de Psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. Vol 40, nº 4, p. 471-479, out/dez 2004.
- Bejola, A. F.; *Avaliação de Anorexígenos e suas Associações Prescritas em uma Farmácia de Manipulação do Município de Toledo – Pr.* 2007. Monografia (Programa de Pós-graduação Lato Sensu em Farmacologia Aplicada) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná-Unioeste, Cascavel.

BRASIL. Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm. Acesso em: 05 de outubro de 2008.

BRASIL. Portaria n. 58, de 5 de setembro de 2007. Dispõe sobre o aperfeiçoamento do controle e fiscalização de substâncias psicotrópicas anorexígenas e dá outras providências. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2007/rdc/58_120907rdc.htm. Acesso em: 05 de outubro de 2008.

Carneiro, M. F. G.; Júnior, A. A. G.; Acurcio, F. A. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Vol. 24, nº 8, p. 1763-1772, Rio de Janeiro, Ago 2008.

Coutinho, W. F.; Cabral, M. D.; A Farmacoterapia da Obesidade nos Consensos. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. Vol 44, nº 1, p. 91-94, Fev 2000.

Fuchs, F. D.; Wannmacher, L.; Ferreira, M. B. C. *Farmacologia Clínica: Fundamentos da Terapêutica Racional*. 3ª ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, RJ. p. 887-893, 2006.

Gentil, P. Estudos Avançados em Saúde e Exercícios - Drogas & Etc.: Emagrecimento. Disponível em: http://br.monografias.com/trabalhos/estudos-avancados-saude-drogas-emagrecimento/estudos-avancados-saude-drogas-emagrecimento2.shtml#_Toc139083162. Acesso em: 19 out. 2008.

Machado, A. C.C.; Vieira, M. A.; Távora, A.; Machado, R. J. C.; Medeiros, A. K.; Leite, V.; Canadas, V.; Fernandes, T.; Castellar, E. T. Avaliação da associação da terapêutica medicamentosa e a terapia cognitivo-comportamental no tratamento da obesidade. *Revista Brasileira de Medicina*. Vol. 59, nº 1/2, p. 47-53, Jan/Fev 2002.

Mancini, M.C.; Halpern, A. Tratamento Farmacológico da Obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. Vol 46, nº 5, p. 497-513, Out 2002.

Mancini, M.C.; Halpern, A. Pharmacological Treatment of Obesity. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. Vol 50, nº 2, p. 377-389, Abr 2006.

Mariz, S.R.; Silva, R.M.A.; Ferreira, J. C.; Moraes, O.K.D.N.; Silveira, L. M. da S. Avaliação preliminar da dispensação de anorexígenos em São Luís - Maranhão. *Infarma*. Vol. 14, nº 9-10, p. 56-60, 2002.

Nappo, S. S. Consumo de anorexígenos tipo-anfetamina (dietilpropiona, fenproporex, mazindol) e de fenfluramina no Brasil: prejuízo ou benefício para a saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 41, nº 8, p.417-421,1992.

Nonino Borges, C. B.; Borges, R. M.; Dos Santos, J. E. Tratamento Clínico da Obesidade. *Medicina, Ribeirão Preto*, Vol. 39, nº2, p. 246-252, abr./jun. 2006.

Noto, A. R.; Carlini, E. A.; Mastroianni, P. C.; Alves, V. C.; Galduróz, J. C. F.; Kuroiwa, W.; Csizmar, J.; Costa, A.; Faria, M. A.; Hidalgo, S. R.; Assis, D.; Nappo, S. A. Análise da Prescrição e Dispensação de Medicamentos Psicotrópicos em dois Municípios do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol. 24, nº 2, p. 68-73, 2002.

Romeu, G. A.; Justino, P. F. C.; Lima, A. M. A. Perfil da Prescrição e Dispensação de Fármacos Anorexígenos em Fortaleza – CE. *Infarma*, V. 20, nº 7/8, p. 32 – 37, 2008.

Santos, E. N.; Reed, E.; Guerra, F. C.; Barbosa, V. S.; Rocha, D. L.; Nunes, J. R. L.; Silva, L. M.; Souza, M. L.; Ribeiro, V. P. Avaliação do Consumo de Anorexígenos, em Farmácias de Manipulação, em Goiânia – GO. *Infarma*, V. 19, nº 9/10, p. 17-19, 2007.

Silva, P. *Farmacologia*. 6º Ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, p. 424, 2002.