



## Avaliação de prescrições de anorexígenos em farmácia magistral

### Evaluation of anorectics prescriptions in magistral pharmacy

Recebido em 26/03/2012

Aceito em 19/09/2012

Fabiola Arruda Pereira<sup>1</sup>, Eduardo Borba Neves<sup>1,2</sup>, Luis Paulo Mascarenhas<sup>1</sup> & Evelise Fernandes Pietrovski<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Centro Universitário Campos de Andrade, UNIANDRAGE, Curitiba, PR, Brasil

<sup>2</sup>Programa de Pós-Graduação em Engenharia Biomédica, UTFPR, PR, Brasil

#### RESUMO

A obesidade é uma desordem metabólica e comportamental complexa que altera os mecanismos de controle do balanço energético corporal. Devido à importância da verificação contínua da efetividade e segurança dos agentes anti-obesidade, o presente estudo avaliou os principais inibidores de apetite prescritos na cidade de Curitiba-PR. O levantamento das prescrições foi realizado em uma farmácia magistral no período de janeiro a abril de 2011. No total, foram avaliadas 129 prescrições das seguintes drogas: Anfepromona, Femproporex e Sibutramina. Os resultados mostraram que o Femproporex (43%) foi o fármaco mais prescrito durante o período analisado. As concentrações mais prescritas foram: 60 mg para o fármaco Anfepromona (39%); 25 mg para o Femproporex (60%) e 15 mg para a Sibutramina (42%). A duração de tratamento mais prescrita foi de 30 dias com 48% (41 prescrições), sugerindo que os pacientes buscam maior resultado em menos tempo. A especialidade médica que mais prescreveu foram os endocrinologistas (70%) e os maiores consumidores foram indivíduos do sexo feminino (82%). O estudo detectou a alta utilização desta classe de medicamentos, sendo importante o controle adequado do uso destes anorexígenos conforme preconizado atualmente pelas agências reguladoras.

**Palavras-chave:** Obesidade, Anfepromona, Femproporex, Sibutramina

#### ABSTRACT

Obesity is a complex behavioral and metabolic disorder that alters the mechanisms of body energy balance control. Due to importance the continuous verification of anti-obesity agent's effectiveness and safety, the present study evaluated the main currently prescribed anorectic's agents in the city of Curitiba-PR. The prescriptions were verified in a Magistral Pharmacy from January to April 2011. In total, were evaluated 129 prescriptions of following drugs: Amfepramone, Femproporex and Sibutramine. The results showed that Femproporex (43%) was the most prescribed drug during the analyzed period. The prescribed concentrations were: 60 mg for Amfepramone (39%), 25 mg for Femproporex (60%) and 15 mg for Sibutramine (42%). The treatment duration most commonly prescribed was 30 days with 48% (41 prescriptions), suggesting that patients search for better results in less time. The medical specialty that most prescribed were endocrinologists (70%) and the prevalent consumers were females (82%). This study detected the high use of this class of drugs. Because of this, it's very important the adequate control of anorectics uses as currently recommended by regulatory agencies.

**Keywords:** Obesity, Amfepramone, Femproporex, Sibutramine

#### INTRODUÇÃO

Antigamente, as pessoas que possuíam maior peso perante outras, apresentavam o estereótipo de saúde e beleza. Este conceito mudou com o passar do tempo. Atualmente, observou-se que o ganho de peso não traz mais a vistosa beleza do passado, mas carrega consigo alguns agravantes, tais como: problemas cardiovasculares, imunológicos e psicológicos (Almeida *et al.*, 2002; Sargent & Moore, 2009).

A obesidade é definida pelo acúmulo de gordura, ocasionando um aumento da massa corpórea, conseqüentemente, o peso fica acima do ideal, com potenciais prejuízos a saúde, causando uma predisposição maior a doenças, de modo que, pessoas obesas acabam progredindo a uma expectativa de vida menor do que um indivíduo de peso normal (OMS, 2004). Segundo levantamento do Ministério da Saúde quase metade da po-

\* Contato: Evelise Fernandes Pietrovski, Centro Universitário Campos de Andrade, Uniandrade, Curitiba 80.310-310, PR, Brasil. Phone: + 55 41 9127-5522, E-mail: evelisefernandes@gmail.com

pulação adulta (48,1%) está acima do peso e 15% são obesos. Há cinco anos, a proporção era de 42,7% para excesso de peso e 11,4% para obesidade. Este percentual explica o expressivo crescimento no número de pessoas com sobrepeso e obesidade, em um curto período, considerando uma tendência mundial (Ministerio da Saúde, 2011).

Estudos epidemiológicos mostram uma tendência de aumento de peso da população tanto de países desenvolvidos quanto de países em desenvolvimento. A obesidade está intimamente relacionada a um aumento na incidência de doenças, sendo que, é um fator associado a risco aumentado de uma série de doenças alvo definidas. Para hipertensão, os alvos são insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral e para hipercolesterolemia, aterosclerose e doença arterial coronariana. Para obesidade, as doenças alvo são diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, certas formas de câncer, apneia do sono e osteoartrite, entre outras (Mancini & Halpern, 2002; Colman, 2012). A alta prevalência e a atual comorbidades relacionada ao sobrepeso faz com que a obesidade seja considerada, uma das mais importantes doenças nutricionais do mundo ocidental, sendo, desta forma, necessário o tratamento adequado dos pacientes obesos para obtenção de um peso saudável (Borges *et al.*, 2006; Sargent & Moore, 2009).

O tratamento da obesidade é complexo e deve abranger restrição calórica, exercícios físicos e orientação psicológica para estabelecer novos e permanentes hábitos alimentares. O tratamento medicamentoso da obesidade é apenas um dos componentes dessa terapêutica, devendo ser de medida temporária. Um dos métodos existentes para redução de peso é a utilização de fármacos inibidores de apetite (Mancini & Halpern, 2002; Lungwitz & Gerenutti, 2012).

Os medicamentos anorexígenos são fármacos usados para o tratamento da obesidade nos casos em que o Índice de Massa Corporal (IMC) for maior ou igual a 30, ou maiores ou iguais a 25 se estiverem acompanhado de fatores de risco (Feltrin *et al.*, 2009; Sargent & Moore, 2009).

A primeira droga utilizada como propósito de emagrecimento foi à anfetamina, droga que age sobre o sistema nervoso central liberando substâncias que transmitem a sensação de ausência de fome. Com o tempo, a anfetamina foi entrando em desuso por causar tolerância e dependência entre os pacientes (Feltrin *et al.*, 2009; Colman, 2012).

Segundo Melo & Mancini (2009) e Rodrigues *et al.* (2010) os fármacos mais utilizados para o tratamento da redução de peso são: 1) Sibutramina - que consiste em um inibidor da recaptção da serotonina e noradrenalina; 2) Mazindol - atua através do bloqueio da recaptção neuronal da dopamina e noradrenalina, liberadas sinápticamente, sendo este um derivado anfetamínico; 3) Anfepramona - causa a supressão do apetite pela inibição da recaptção e aumento da liberação de noradrenalina no hipotálamo; 4) Femproporex e seus metabólitos - atuam diretamente sobre os centros hipotalâmicos reguladores do apetite; 5) Orlistat - agente farmacológico que promove a perda de peso através da inibição da lipase pancreática,

reduzindo a absorção de gordura e a ingestão calórica (Rodrigues *et al.*, 2010); 6) Rimonabant - antagonista seletivo dos receptores canabinoides do tipo 1 (CB1), que estão presentes não apenas no cérebro, mas também em muitos órgãos periféricos, como tecido adiposo, intestino, fígado, músculo-esquelético e pâncreas (Melo & Mancini, 2009).

Os receptores CB1 apresentam um papel importante no apetite e também na regulação endócrina e metabólica do balanço energético. O rimonabanto chegou a ser aprovado e comercializado em muitos países para o tratamento da obesidade abdominal associada com fatores de risco cardiometabólico, especialmente diabetes tipo 2 e dislipidemia aterogênica. Porém, no final de 2008 o medicamento foi retirado do mercado devido a problemas quanto ao perfil de segurança relacionados aos efeitos cardiovasculares (Melo & Mancini, 2009).

Apesar dos benefícios, podem ocorrer efeitos indesejáveis a curto e a longo prazo causados pelo uso de anfetaminas e derivados. Estes medicamentos tornam-se perigosos pelos seus efeitos adversos e possibilidade de criar dependência física e psíquica, aspectos que se agravam pela automedicação (Rodrigues *et al.*, 2010).

Devido o consumo elevado dessas drogas e os efeitos adversos que podem ocasionar, o presente estudo objetivou discutir a prescrição dos principais inibidores de apetite prescritos na Cidade de Curitiba-PR com a finalidade de avaliar o seu perfil de uso. Buscou-se ainda: identificar número total e quantidade mensal de prescrições de anorexígenos; o perfil do paciente; dados sobre as medicações, duração do tratamento e especialidade médica do prescritor.

## MATERIAIS E MÉTODOS

A avaliação sobre a prescrição de medicamentos anorexígenos foi realizada na Farmácia de Manipulação Ventura, no município de Curitiba-PR, no período de Janeiro a Abril de 2011. Este estudo foi realizado através de levantamentos das prescrições de anorexígenos nos receituários e livros de registro de medicamentos controlados. A metodologia empregada foi quantitativa, exploratória e documental (Minayo & Sanches, 1993).

Essas substâncias pertencem à classe de medicamentos controlados pela Portaria 344/98, fazendo parte dos receituários da lista B<sub>2</sub>, de cor azul, sendo referidos como psicotrópicos anorexígenos. Portanto, para se ter acesso às receitas, foi redigido um ofício, assinado pela orientadora do trabalho, ao farmacêutico responsável pela farmácia de manipulação, solicitando a colaboração do mesmo para a concretização da referente pesquisa. Este documento continha os dados da pesquisa, o objetivo do estudo e sua finalidade, assim como a informação sobre o comprometimento em manter sigilo absoluto sobre a identificação da origem dos dados obtidos, ou seja, nomes de pacientes, farmacêuticos, e médicos. Além disso, o presente projeto foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Campos de Andrade (Uniandrade), em dez de agosto de 2011, sob protocolo número 0411.

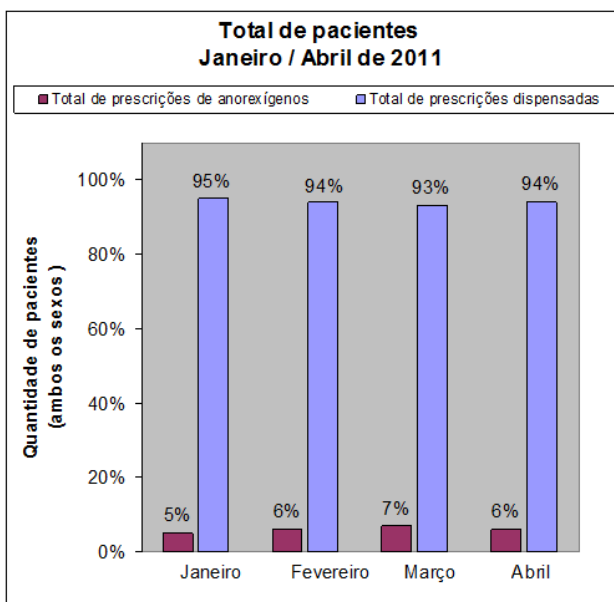
Nas receitas e livros de registro foram verificados o total de pacientes que receberam prescrições de anorexígenos, o

sexo do paciente; avaliação da quantidade mensal prescrita de anorexígenos; o nome do medicamento; princípio ativo; quantidade e concentração, prescrita; duração do tratamento, especialidade médica responsável pela prescrição e o mês referente à venda do medicamento. Para a produção de gráficos, foi utilizado o software Microsoft Excel.

## RESULTADOS e DISCUSSÃO

### Avaliação do Número Total de Pacientes que Receberam Prescrições de Anorexígenos:

No presente estudo, observou-se que os pacientes que receberam prescrições de anorexígenos representaram: 5% (27 pacientes) em Janeiro; 6% (30 pacientes) em Fevereiro; 7% (37 pacientes) em Março e 6% (35 pacientes) em Abril. (Figura 1). Assim, pode-se observar que o período com maior número de prescrições dispensadas foi referente ao mês de Março. Esses resultados mostram que nos meses correspondentes a estação de verão, a procura por este tipo de medicamento aumenta. Isso se deve ao fato de que há uma maior preocupação com a aparência física, devido à maior exposição do corpo no período do verão. Feltrin *et al.* (2009) também mostraram que com a proximidade do verão a procura por este tipo de medicamento aumenta e afirmaram que, na maioria das vezes, estes fármacos são utilizados por pessoas que não se enquadram no perfil necessário para o uso deste tipo de tratamento.



**Figura 1.** Número total de pacientes, de ambos os sexos, que receberam prescrições de anorexígenos no período de Janeiro à Abril de 2011.

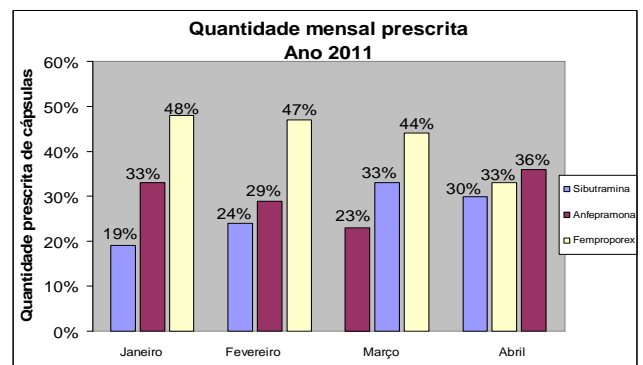
Além disso, os pacientes usuários destes medicamentos foram analisados conforme o sexo. Observou-se que 82% (106) dos usuários eram do sexo feminino e apenas 18% (23) eram pacientes do sexo masculino. Este perfil reflete a realidade social, em que as mulheres procuram mais ajuda médica do que os homens, se preocupando mais com a saúde, bem-estar e também com a aparência (Feltrin *et al.*,

2009). De acordo com este resultado, Carneiro *et al.* (2008) e Feltrin *et al.* (2009) evidenciaram a predominância absoluta de consumo pelas mulheres (88% e 93,35%; respectivamente), no município de Belo Horizonte-MG e Santa Maria-RS, respectivamente.

Por meio do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados (SNGPC)/ ANVISA é possível verificar que, na cidade de São Paulo-SP 90,5% das prescrições desses medicamentos controlados, são fórmulas magistrais e somente 9,5% são industrializados (Lungwtz & Gerenutti, 2012). O presente levantamento foi realizado em uma farmácia magistral. Segundo Allen (2006), a farmácia magistral exerce um papel extremamente importante na área de saúde ao proporcionar a individualização do tratamento permitindo ao médico ajustar as dosagens de acordo com as necessidades do paciente. Por outro lado, a procura do medicamento com menor custo pelo consumidor envolve a intercambialidade do medicamento industrializado pelo manipulado. Em muitos países, o papel das farmácias de manipulação é complementar ao da indústria. Manipulam-se produtos quando não há formulação industrializada em concentrações ou formas adequadas a pacientes cujo estado clínico exige medicação que foge à padronização (Nishioka e Santos, 2006).

### Avaliação da Quantidade Mensal Prescrita de Anorexígenos

No levantamento realizado (Figura 2), observou-se que o total de medicamentos dispensados em Janeiro foi: Sibutramina 19% (310 prescrições), Anfepramona 33% (540 prescrições) e Femproporex 48% (780 prescrições). Em Fevereiro foi analisado que o percentual não alterou muito: Sibutramina 24% (440 prescrições), Anfepramona 29% (540 prescrições) e Femproporex 47% (870 prescrições) (Figura 2).



**Figura 2.** Total de medicamentos anorexígenos dispensados na farmácia de manipulação no período de Janeiro à Abril de 2011.

O mês de Março teve o maior número de prescrições (2050): Anfepramona 23% (480 prescrições) Sibutramina 33% (670 prescrições), e Femproporex 44% (900 prescrições) (Figura 2).

O mês de Abril apresentou o maior número de prescrições de Sibutramina e Anfepramona. Em contra partida, houve uma queda na procura pelo Femproporex, o que não afetou sua posição como anorexígeno mais pres-

crito no período analisado: Sibutramina 30% (600), Anfepriamo 33% (660) e Femproporex 36% (720) (Figura 2).

Segundo dados da literatura, uma possível causa do Femproporex ser mais prescrito remete ao fato de possuir menos efeitos colaterais que os demais fármacos, ou seja, sendo este um dos anorexígenos mais utilizados, acredita-se ser um dos mais bem tolerados (Rodrigues *et al.*, 2010). Carneiro *et al.* (2008) e Feltrin *et al.* (2009) também demonstram a preferência de prescrições à base de Femproporex no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, e Santa Maria, Rio Grande do Sul, respectivamente.

Entretanto, em relação aos efeitos adversos, a Sibutramina pode elevar riscos cardiovasculares entre todos os usuários. Por sua vez, Anfepriamo e Femproporex também apresentam graves riscos cardiopulmonares e no sistema nervoso central (Brandão, 2011).

As reações adversas mais comuns causadas pela Sibutramina são: aumento da pressão arterial, palpitações, taquicardia, anorexia, insônia e cefaleia. No caso da Anfepriamo, as reações são: nervosismo, insônia, agitação, alucinações, delírio e quadro psicótico. Enquanto que os efeitos periféricos potenciais são: taquicardia, náusea, vômito, dor abdominal, diminuição da libido e da potência sexual. Os efeitos indesejáveis mais comuns relatados ao uso de Femproporex são: hipertensão arterial pulmonar, glaucoma, náuseas, vômitos, ansiedade, vertigem, taquicardia, insônia, excitação, boca seca, constipação, alteração da libido, diarreia, calafrios e palidez (Rodrigues *et al.*, 2010).

#### Avaliação do Total de Prescrições de acordo com as Diferentes Concentrações Dispensadas para cada Anorexígeno:

Observou-se que as concentrações mais prescritas foram: 60 mg de Anfepriamo com 39% (15 prescrições), 25 mg de Femproporex com 60% (35 prescrições) e 15 mg de Sibutramina com 42% (15 prescrições). As demais concentrações prescritas e suas respectivas frequências estão apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Quantidade total de prescrições, de acordo com as diferentes concentrações dispensadas, dos medicamentos Anfepriamo, Femproporex e Sibutramina no período de Janeiro à Abril de 2011.

Droga	Concentração (mg)	Prescrições (%)	Droga	Concentração (mg)	Prescrições (%)	Droga	Concentração (mg)	Prescrições (%)
Anfepriamo	28	11	Femproporex	12	2	Sibutramina	4	3
	30	3		15	4		5	6
	33	8		18	2		6	13
	35	8		20	9		7	13
	37	5		22	8		8	3
	50	18		24	2		9	3
	55	8		25	60		10	14
60	39	30	2	14	3			
-	-	50	11	15	42			

No Brasil, o consumo dos derivados de anfetaminas (anfepriamo, femproporex e mazindol) teria passado de 6,97 Dose Diária Definida (DDD)/mil habitantes/dia em 1993-1995 para 2,27 DDD/mil habitantes/dia entre 1997 e

1999. Entretanto, após esse período, o consumo cresceu, atingindo o montante de 9,1 DDD/mil habitantes/dia no biênio 2002-2004 (Barros, 2008; Mota & Silva-Jr, 2012). O consumo de sibutramina ficou em 2,78 DDD/mil habitantes/dia (Mota & Silva-Jr, 2012). Em similaridade com estes dados, embora no presente estudo tenham sido avaliadas as concentrações das drogas prescritas ao invés da dose, os resultados deste estudo mostraram que as concentrações mais prescritas foram as de: 60 mg (39% - 15 prescrições); 25 mg (60% - 35 prescrições) e 15 mg (42% - 15 prescrições) para as drogas Anfepriamo, Femproporex e Sibutramina, respectivamente.

Segundo a RDC 58/2007, que dispõe sobre o aperfeiçoamento do controle e fiscalização de substâncias psicotrópicas anorexígenas e dá outras providências, tornou-se mais rígida e criteriosa a prescrição de anorexígenos, medicamentos comumente usados no tratamento da obesidade. Esta resolução se aplica para as fórmulas e medicamentos dispensados em farmácias e drogarias, respectivamente. Esta resolução também determina que a prescrição destes anorexígenos deve respeitar doses máximas diárias e é proibida a associação com antidepressivos, diuréticos e laxantes.

Recentemente, a Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA) analisou a eficácia real destes medicamentos. Segundo a nova resolução Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 52/2011, no dia 10 de outubro de 2011, foi proibida a prescrição de anorexígenos da Lista "B<sub>2</sub>" (Anfepriamo, Femproporex e Mazindol) e estabelecido maior rigor no controle da substância "Sibutramina", sendo que o prazo é de 60 dias para adequação (prazo máximo até 09 de dezembro de 2011). A Sibutramina por sua vez, só poderá ser prescrita sob as seguintes recomendações: 1) dose diária menor que 15 mg/dia; 2) preenchimento do termo de responsabilidade pelo médico, pelo paciente e pela farmácia; 3) o medicamento deverá ser utilizado em pacientes de peso obesos com IMC maior ou igual a 30 kg/m<sup>2</sup>, num prazo máximo de dois anos; 4) o uso deve ser acompanhado por um programa de reeducação alimentar e atividade física (ANVISA, 2011).

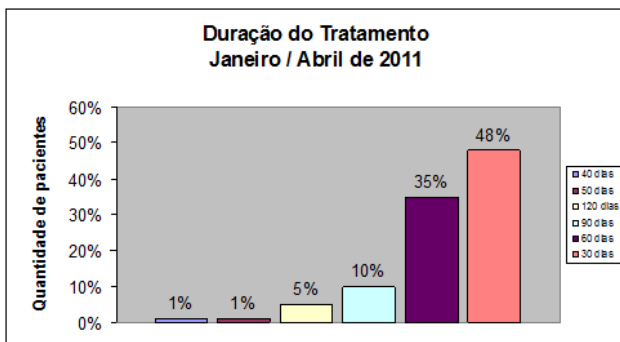
De acordo com a decisão da agência reguladora, os medicamentos Femproporex, Mazindol e Anfepriamo terão seus registros cancelados, ficando proibida a produção, o comércio, a manipulação e o uso destes produtos, constatando que há evidências de eventos adversos graves, acarretando riscos que superam seus benefícios. A ANVISA destaca ainda, que esses medicamentos não são comercializados em diversos países desenvolvidos, por serem considerados medicamentos obsoletos e de elevado risco aos usuários (Brandão, 2011). Conforme os novos critérios estabelecidos, as novas prescrições emitidas deverão ser adequadas de acordo com última resolução publicada. As prescrições levantadas neste estudo estão de acordo com a legislação vigente, sendo que as novas prescrições de Sibutramina deverão constar doses diárias menores que 15 mg/dia.

#### Avaliação da Duração do Tratamento com Anorexígenos

Pode-se observar na Figura 3 que a duração de tratamen-

to mais prescrita foi de 30 dias com 48% (41 prescrições). Em seguida, temos: 60 dias com 35% (30 prescrições); 90 dias com 10% (9 prescrições); 120 dias com 5% (4 prescrições); 50 dias com 1% (1 prescrição) e 40 dias com 1% (1 prescrição) (Figura 3).

Conforme a Portaria 344/98, para medicamentos relacionados nas listas B<sub>2</sub> (Psicotrópicas Anorexígenas), a validade da receita após a prescrição é de 30 dias (válida somente no estado emitente). Além disso, a quantidade máxima prescrita deve ser para 30 dias de tratamento. Portanto, a duração do tratamento não excedeu a recomendação conforme proposto pela legislação. Entretanto, foi observado que as prescrições com mais tempo de tratamento foi devido o mesmo paciente receber mais de uma prescrição para 30 dias de tratamento, o que aumentou o tempo total de tratamento.



**Figura 3.** Duração do tratamento com anorexígenos nas prescrições analisadas no período de Janeiro à Abril de 2011

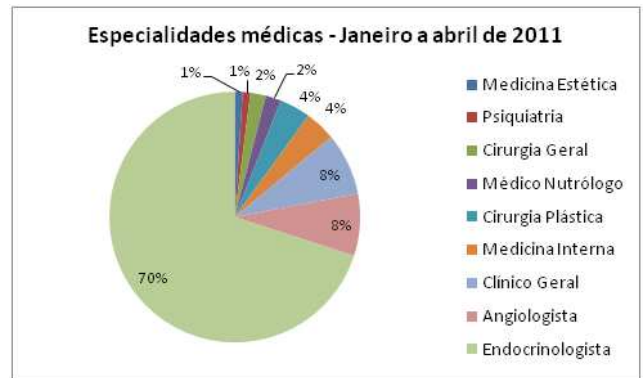
#### Avaliação das Especialidades Médicas Responsáveis pelas Prescrições

A Figura 4 mostra a distribuição da dispensação dos medicamentos anorexígenos relacionados com a especialidade médica prescritora. O maior número de receitas esta relacionado com o profissional endocrinologista responsável pela maioria das prescrições (70% das prescrições).

O gráfico (Figura 4) especialidade médica mostra o profissional endocrinologista responsável pela maior parte das prescrições, constatando assim, que grande parte dos pacientes buscam ajuda do profissional adequado. De acordo com este resultado, Carneiro *et al.* (2008) encontraram que as especialidades médicas mais atuantes no tratamento da obesidade são a endocrinologia e a clínica médica, que juntas produziram 74,8% das notificações no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. A segunda especialidade médica, segundo a pesquisa, em números de receitas prescritas são os angiologistas, devido ao fato que doenças de fundo circulatório que acometem as artérias, veias e os linfáticos, apresentarem agravamento do quadro clínico devido à obesidade severa (Pitta, 2004).

Como observado na pesquisa, à terceira especialidade médica que mais receitam esses fármacos, são os clínicos gerais, talvez devido ao maior acesso dos pacientes a estes médicos e também, pelo maior número desses profissionais se comparado às outras especialidades. Os profissionais de medicina interna estão em quarto lugar de

prescrições de anorexígenos, talvez devido a uma visão global do paciente, garantindo a integração dos cuidados, recorrendo, para isso, à opinião de outros especialistas, do mesmo modo que a sua opinião é frequentemente solicitada para esclarecer situações clínicas e orientar pacientes com complexidade diagnóstica ou terapêutica (CCC, 2011). Observa-se num número significativo de outras especialidades, como cirurgiões plásticos, clínicos gerais, médico nutrólogo, cirurgiões gerais, psiquiatra, medicina estética, entre outros, receitando esse tipo de medicamento, mostrando que, esses fármacos, na maioria das vezes, estão sendo prescritos por especialidade médicas adequadas.



**Figura 4.** Distribuição das prescrições analisadas na farmácia magistral, de acordo com a especialidade médica, no período de Janeiro à Abril de 2011

#### CONCLUSÃO

A pesquisa mostrou que é considerável o consumo de medicamentos anorexígenos (5 a 7%), sendo predominantemente entre o sexo feminino (82%) em uma farmácia magistral de Curitiba-PR. As fórmulas magistrais representam uma parcela importante na área de dispensação destes medicamentos controlados. Além disso, foi encontrado que o princípio ativo mais prescrito foi o Femproporex, provavelmente devido possuir menos efeitos colaterais que os demais fármacos, ou seja, sendo este um dos anorexígenos mais utilizados, acredita-se ser um dos mais bem tolerados. As concentrações mais prescritas para as drogas Amfepramona, Femproporex e Sibutramina foram de: 60 mg; 25 mg e 15 mg, respectivamente. Os maiores responsáveis pela prescrição de anorexígenos são os médicos endocrinologistas e o crescimento das vendas ocorre nos meses correspondentes ao período de verão. A duração do tratamento não excedeu a recomendação conforme proposto pela RDC 58/2007.

Os resultados deste estudo demonstraram que o uso de psicotrópicos anorexígenos em Curitiba-PR é considerável, portanto, sendo um problema relevante de saúde pública. Conforme os dados encontrados na literatura, muitos efeitos adversos são descritos e poucos estudos relatam a eficácia destes medicamentos, principalmente a longo prazo, para o tratamento farmacológico da obesidade. Em virtude disso, recentemente a agência reguladora brasileira reavaliou as políticas adotadas em relação a estes agentes, bem como estabeleceu novos critérios de monitoramento da dispensação. Portanto, é altamente relevante o controle adequado do uso destes anorexígenos conforme precon-



zado pelas agências reguladoras, sendo importante a compreensão do papel da farmácia magistral nesse processo, a fim de restringir o aviamento de prescrições que possam ocasionar riscos a saúde da população.

## REFERÊNCIAS

Allen LV. A importância da farmácia de manipulação nos tratamentos atuais. *Revista Anfarmag*. 58: 42-46, 2006.

Almeida GANA, Loureiro SR, Santos JE. A Imagem Corporal de Mulheres Morbidamente Obesas Avaliada através do Desenho da Figura Humana. *Psicol. Refl. Crít.* 15(2): 283 - 292, 2002.

ANVISA. Agência Nacional da vigilância Sanitária. Anfetaminas sairão do mercado em 60 dias. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/>>. Acesso em março de 2011.

Barros JAC de. Os fármacos na atualidade. Antigos e novos desafios. Brasília: Anvisa; 2008. p.23-78.

Borges CBN, Borges RM, Santos JE. Tratamento clínico da obesidade. In: Simpósio: Distúrbios Respiratórios do Sono. *FMRP*. 39(2): 246 - 252, 2006.

Brandão A. Controlar sim, proibir não. *Pharmacia Brasileira*. 80: 14 - 16, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 58, de 05 de setembro de 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 52, de 10 de outubro de 2011.

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

CCC. Centro Cirúrgico Coimbra Medicina Interna. Disponível em:

<[http://www.ccci.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=29&Itemid=29](http://www.ccci.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=29&Itemid=29)>. Acesso em outubro de 2011.

Colman E. Food and Drug Administration's Obesity Drug Guidance Document: a short history. *Circulation*. 125(17): 2156 - 2164, 2012.

Feltrin CA, Zordan G, Wagner F, Schmitt GC, Boligon AA, Delamolle N, Athayde ML, Vaucher LC. Medicamentos anorexígenos – Panorama da dispensação de farmácias comerciais de Santa Maria (RS). *Revista Saúde (Santa Maria)*. 35(1): 46 - 51, 2009.

Lungwtz EMP, Gerenutti, M. Influência de Atos Regulatórios sobre a manipulação de substâncias psicotrópicas anorexígenas. *S&TS/H&SC*. 3(2): 52 - 58, 2012.

Mancini CM, Halpern A. Tratamento farmacológico da obesidade. *Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.* 46(5): 497 - 513, 2002.

Melo ME, Mancini MC. Como Diagnosticar e Tratar - Obesidade. *RBM*. 66(12): 100 - 108, 2009.

Minayo MC de, Sanches O. Quantitativo qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*. 9(3): 239-262, 1993.

Ministério da Saúde Excesso de peso cresce nos últimos cinco anos. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=12459](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12459)>. Acesso em junho de 2011.

Moresi E. Metodologia da Pesquisa. Brasília: Universidade Católica de Brasília – UCB, 2003, 108p.

Mota DM & SILVA-JR GG. Evidências advindas do consumo de medicamentos moduladores do apetite no Brasil: um estudo farmacoeconômico. *Rev. Ass. Med. Bras.* 58(1): 88 - 94, 2012.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. Genebra: Relatório da Consultoria da OMS, 2004.

Pereira LO, Francischi RP, Lancha Jr. AH. Obesidade: Hábitos Nutricionais, Sedentarismo e Resistência à Insulina. *Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.* 47(2): 111-113, 2003.

Pitta GBB. Cirurgia de Varizes na Obesidade. *Angiol. Cir. Vasc.* 1(1): 1-214, 2004.

Rodrigues A, Sampaio A, Gularte C, Vidal D, Pereira L, Bastianello J, Mattos KM, Santos V, Colomé JS, Costenaro RGS. Medicamentos para emagrecimento: uma revisão bibliográfica. Promovendo Saúde na Contemporaneidade: desafios de pesquisa, ensino e extensão Santa Maria. *Terceira jornada interdisciplinar de saúde*, 1, RS, Brasil, 2010.

Sargent BJ, Moore NA. New central targets for the treatment of obesity. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 68(6): 852-860, 2009.