

# AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS ANOREXÍGENOS E SACIETÓGENOS PARA CONTROLE DE PESO EM UMA FARMÁCIA MAGISTRAL DE MOGI GUAÇU, SÃO PAULO, BRASIL

**COLOMBO, Hélison Caio<sup>1</sup>**

Faculdades Integradas Maria Imaculada - FIMI  
*lhelison@terra.com.br*

**MORAIS, Danyelle Cristine Marini de<sup>2</sup>**

Faculdades Integradas Maria Imaculada - FIMI  
*danyanmarini@gmail.com*

## RESUMO

O elevado consumo e os inconvenientes resultantes do uso de psicotrópicos anorexígenos e sacietógenos motivaram o presente estudo sobre a prescrição e dispensação destas substâncias em farmácia magistral, com o objetivo de avaliar o perfil de consumo. Buscou-se ainda analisar o papel da farmácia magistral na regulação desse consumo, verificar a frequência de associações indesejadas, o consumo por paciente, as durações dos tratamentos e as especialidades médicas que mais prescrevem. Foram analisadas 144 receitas sobre o uso de psicotrópicos anorexígenos e sacietógenos, nos meses de outubro e novembro de 2009 em farmácia de manipulação na cidade de Mogi Guaçu-SP. Os dados obtidos foram tabulados para posterior análise: todas as receitas continham substâncias anorexígenas: sibutramina, femproporex e anfepramona, sendo que 42% das receitas continham na prescrição sibutramina, 31% das receitas

---

<sup>1</sup> Farmacêutico pelas Faculdades Integradas Maria Imaculada.

<sup>2</sup> Doutoranda em Educação pela UNIMEP, Mestre em Biologia Celular e Molecular pela UNESP, Especialista em Docência Superior pela Gama Filho, Especialista em Cosmetologia e Dermatologia pela UNIMEP, Habilitada em Bioquímica pela UNIMEP e Graduada em Farmácia pela UNIMEP. Professora e Coordenadora do Curso de Farmácia das FIMI, e Coordenadora da Comissão de Educação do CRF-SP.

com fempoprex e 27% receitas com anfepramona. Quanto ao uso de outras classes de medicamentos, 24,3% continham em sua prescrição associação com laxantes. De modo geral, entre os que associam a outros fármacos utilizam diuréticos, hormônios e ansiolíticos. Os resultados verificados neste estudo sugerem a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços médicos e farmacêuticos prestados à comunidade e de ampliar a conscientização dos usuários sobre os riscos inerentes ao uso abusivo e desnecessário de anorexígenos.

**Palavras-Chave:** Psicotrópicos. Anorexígenos. Farmácia Magistral. Interações. Legislação.

## 1 INTRODUÇÃO

A obesidade atualmente é um problema de saúde pública mundial devido à elevação de sua prevalência, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. A transição nutricional é um processo de modificações sequenciais no padrão de nutrição e consumo que acompanha mudanças econômicas, sociais e demográficas das populações (COUTINHO et al., 2000).

Segundo o levantamento feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em conjunto com o Ministério da Saúde, o Brasil tem cerca de 38,6 milhões de pessoas com peso acima do recomendado, o equivalente a 40,6% de sua população adulta. Desse total, 10,5 milhões são obesos. É provável que 200 mil pessoas morram anualmente, na América Latina, em decorrência das complicações da obesidade (CARNEIRO et al., 2008).

A obesidade pode ser definida com base no índice de massa corporal (IMC), que é obtido pela razão entre a massa corporal (quilogramas - kg) e o quadrado da estatura (metros ao quadrado - m<sup>2</sup>). O sobrepeso ocorre em indivíduos que apresentam IMC entre 25,0kg/m<sup>2</sup> e 29,9kg/m<sup>2</sup>. São considerados obesos os pacientes com IMC igual ou superior a 30,0kg/m<sup>2</sup>, na seguinte graduação: obesidade moderada entre 30,0kg/m<sup>2</sup> e 34,9kg/m<sup>2</sup>; obesidade severa entre 35,0kg/m<sup>2</sup> a 39,9kg/m<sup>2</sup>; e obesidade muito severa acima de 40,0kg/m<sup>2</sup> (CARNEIRO et al., 2008).

A obesidade está associada ao aumento do risco de desenvolvimento de hipertensão, dislipidemia, doenças cardiovasculares, diabetes tipo II, cálculo biliar, disfunções respiratórias, osteoartrite nas articulações devido ao peso, apnéia do sono e certos tipos de câncer. Seu manejo integral, nos

aspectos preventivos e de tratamento, é de responsabilidade compartilhada por diversos profissionais que, de uma maneira coordenada, trabalham com distintas alternativas (MANCINI et al., 2002).

A fisiopatologia da obesidade reside, basicamente, num aporte calórico maior que o gasto efetivo do mesmo. Uma das formas de alcançar o déficit energético e reduzir o peso corporal é limitar a ingestão calórica total, a dieta, associada à atividade física regular, que além de elevar o gasto energético melhora a atividade cardiovascular e respiratória. Somente na impossibilidade de adesão a essa abordagem clínica, particularmente nos casos mais graves, seria justificada a utilização de drogas anorexígenas, que deve ocorrer pelo menor tempo possível (CARNEIRO et al., 2008).

Os fármacos utilizados no tratamento da obesidade estão em ampla discussão pelos profissionais da área de saúde. Muitos especialistas são contra o uso de certas drogas, bem como, alertam para o abuso que muitos indivíduos, ou mesmo profissionais não-especialistas, cometem na utilização desses fármacos com intuito do emagrecimento rápido (COUTINHO et al., 2000).

É comum que uma pessoa que deseja emagrecer procure a farmácia em busca de uma solução rápida, como se ingerir determinado medicamento fosse o necessário para alcançar o seu peso ideal achando que, “se deu certo com um colega, dará também consigo”. No entanto, por trás dessa ilusão rápida de perda de peso, se escondem efeitos colaterais e insucesso terapêutico (COUTINHO et al., 2000).

Os especialistas com várias pesquisas já demonstraram que somente o uso de drogas para emagrecer não é suficiente para perda de peso permanente, saudável e eficiente. A obesidade é multifatorial e num plano para perda de peso devem estar envolvidos: mudança nos hábitos alimentares, atividades físicas e uma equipe de apoio (médicos e nutricionistas) (COUTINHO et al., 2000).

Em qualquer discussão sobre o uso racional de medicamentos anti-obesidade é importante entender alguns conceitos: (1) O tratamento farmacológico só se justifica em conjunção com orientação dietética e mudanças de estilo de vida. Os agentes farmacológicos somente ajudam a aumentar a aderência dos pacientes a mudanças nutricionais e comportamentais; (2) O tratamento farmacológico da obesidade não cura a obesidade quando descontinuado, ocorre reganho de peso. Como qualquer outro tratamento em Medicina, os medicamentos não funcionam quando não são tomados, isto é, deve-se esperar recuperação do peso perdido quando os medicamentos são suspensos; (3) Medicações anti-obesidade devem ser utilizadas sob supervisão médica e farmacêutica contínua; (4) O tratamento e a escolha

medicamentosa é moldada para cada paciente. Os riscos associados ao uso de um fármaco devem ser avaliados em relação aos riscos da persistência da obesidade; (5) O tratamento deve ser mantido apenas quando considerado seguro e efetivo para o paciente em questão (MANCINI et al., 2002).

As drogas anorexígenas tipo-anfetamina, que são as mais indicadas pelos especialistas, não atuam apenas diminuindo o apetite, mas exercem ação estimulante central e no sistema cardiovascular. Todos os simpaticomiméticos imitam os efeitos da adrenalina, noradrenalina e dopamina. Essas substâncias promovem o aumento da pressão sanguínea e batimentos cardíacos, dilatação brônquica, constrição periférica dos vasos sanguíneos, dilatação das pupilas, esvaziamento da bexiga e intestinos, aumento da atenção, sensibilidade aos estímulos, perda de apetite e aumento da autoconfiança. O resultado do consumo de anfetaminas é a falta de fome e de sono e uma forte necessidade de movimento. Em caso de aparecimento de tolerância, torna-se necessário aumentar a dose para conseguir o mesmo efeito, o que implica maior probabilidade de ocorrência de efeitos secundários de natureza estimulante sobre o sistema nervoso central, como agressividade, ansiedade, angústia, inquietude e pânico. Atualmente, as drogas anorexígenas mais utilizadas no Brasil são a dietilpropiona (anfepromona), o fenproporex e o manzidol (MARTINS et al., 2009).

No momento, os anorexígenos estão entre os medicamentos mais vendidos no Brasil, mas o seu uso vem merecendo crítica. Desde 1988, observa-se um consumo elevado e crescente de anorexígenos no país, tendo sido estimado em dez doses diárias definidas (DDD) por mil habitantes por dia. Ou seja, para cada grupo de mil brasileiros havia um consumo diário de dez doses de medicamentos anorexígenos. Em contraste à situação brasileira, na Europa, na década de 80, o consumo de psicoestimulantes era somente de 0,5 DDD/mil habitantes/dia e em 1993 esse consumo já era considerado tão insignificante, que as quantidades eram insuficientes para o cálculo de DDD (MARTINS et al., 2009).

Relatório divulgado pela Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), órgão subordinado à Organização das Nações Unidas (ONU), aponta os riscos do incremento de consumo de medicamentos anorexígenos no Brasil para fins de emagrecimento (MARTINS et al., 2009).

Esse contexto evidencia a necessidade de regulação das relações de produção e consumo, e que se origina a maior parte dos problemas de saúde nos quais é preciso intervir. A atividade é de competência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe de instrumentos legais destinados a proteger a saúde da coletividade. A lei que determina a prescrição

de anorexígenos é a PORTARIA nº 344 de 12 de Maio de 1998 que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. A ANVISA no ano de 2007 publicou a RDC 58 que dispõe sobre o aperfeiçoamento do controle e fiscalização de substâncias psicotrópicas anorexígenas em farmácias de manipulação (MARTINS et al., 2009).

## **2 OBJETIVO**

Analisar o índice de prescrições de fármacos anorexígenos e sacietógenos, bem como, verificar as possíveis interações medicamentosas advindas da associação desses medicamentos com outros fármacos.

## **3 MATERIAL E MÉTODOS**

O estudo foi realizado enfocando o consumo de substâncias anorexígenas e sacietógenas sob regime de controle especial para controle de peso em uma farmácia magistral na cidade de Mogi Guaçu. Os dados foram coletados a partir da seleção de 144 receitas nos meses de outubro e novembro de 2009.

As receitas analisadas foram apenas aquelas que continham em sua prescrição os seguintes psicotrópicos anorexígenos e sacietógenos: fenproporex, anfepramona e sibutramina, que são os fármacos mais indicados para serem aviados em farmácias de manipulação para esse tipo de tratamento na cidade de Mogi Guaçu.

Nas prescrições analisadas, verificaram-se as dosagens indicadas em relação à literatura, associações indesejadas, duração do tratamento e especialidades médicas que as prescrevem.

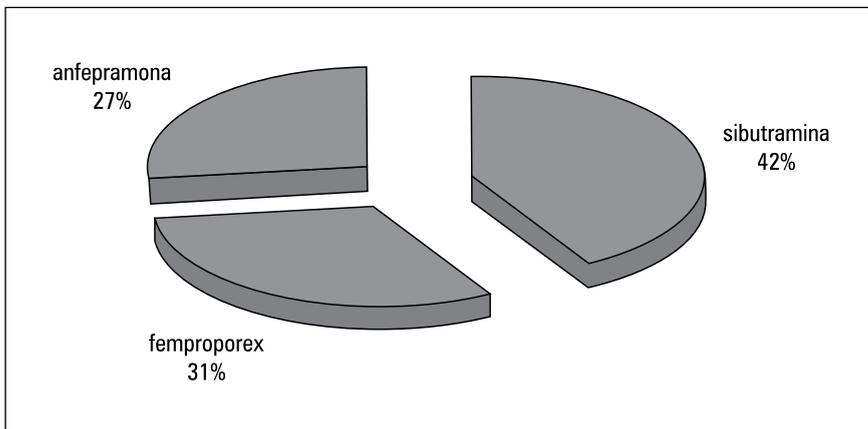
Procedeu-se à digitação e à tabulação dos dados e, finalmente, à análise descritiva, utilizando-se o programa Microsoft Excel (Microsoft Corp., Estados Unidos). Os dados quantitativos foram organizados em tabelas de distribuições de frequências e os resultados apresentados de forma agregada.

## **4 RESULTADOS**

O trabalho analisou 144 receitas da portaria 344, receitas do tipo B2 e C1, no período de 01 de outubro a 30 de novembro do mesmo, em uma

farmácia de manipulação da cidade de Mogi Guaçu-SP. Todas as receitas analisadas continham em sua prescrição os seguintes fármacos: sibutramina, femproporex e anfepramona, sendo que 42% (60) correspondiam a prescrição de sibutramina, 31% (45) a femproporex e 27% (39) e a receitas com anfepramona (**Figura 1**).

**Figura 1:** Percentual de anorexígenos e sacietógenos empregados nas receitas analisadas.



Fonte: Autores, 2010

Das receitas de sibutramina analisadas 65% (39) foram prescritas na dosagem de 10 mg, enquanto 25% (15) na concentração de 15 mg, e somente 3,5% (2) foram aviadas nas concentração de 12 mg e a mesma quantidade na dosagem de 13 mg. Todas as receitas apresentavam a posologia de uma cápsula ao dia (**Tabela 1**).

**Tabela 1:** Percentual das concentrações prescritas nas receitas de sibutramina analisadas

Concentração	Número de Prescrições	%
10 mg	39	65
12 mg	2	3,33
13 mg	2	3,33
15 mg	15	25

Das receitas de femproporex analisadas todas apresentavam a posologia de dois comprimidos ao dia, sendo prescritas nas seguintes concentrações: 53% (24) das receitas na concentração de 25 mg, 17,77% (8) na dosagem de 20 mg, 11,11% (5) na concentração de 15 mg e somente 1 receita apresentava a concentração de 30 mg (**Tabela 2**).

**Tabela 2:** Percentual das concentrações prescritas nas receitas de femproporex analisadas

Concentração	Número de Prescrições	%
10 mg	3	6,66
12 mg	2	4,44
15 mg	5	11,11
20 mg	8	17,77
25 mg	24	53
30 mg	1	2,22

Das receitas de anfepramona analisadas todas apresentavam a posologia de dois comprimidos ao dia sendo prescritas nas seguintes concentrações: 43,58% (17) na dosagem de 60 mg, 25,64% (10) na concentração de 50 mg, e somente 2,56% (2) na dosagem de 70 mg (**Tabela 3**).

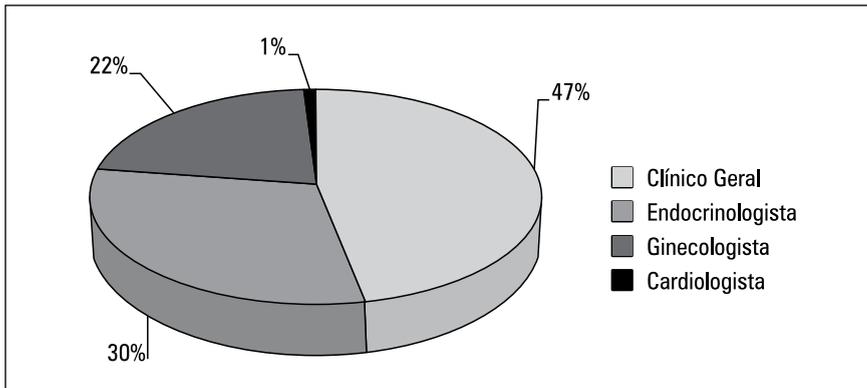
**Tabela 3:** Percentual das concentrações prescritas nas receitas de anfepramona analisadas

Concentração	Número de Prescrições	%
30 mg	4	10,25
40 mg	3	7,69
45 mg	4	10,25
50 mg	10	25,64
60 mg	17	43,58
70 mg	2	2,56

Referente às especialidades médicas, 47% (68) das receitas foram prescritas por clínico geral, 30% (43) das receitas por médicos

endocrinologistas, 22% (31) das receitas por médicos ginecologistas e 1% (2) receitas por médicos cardiologistas (**Figura 2**).

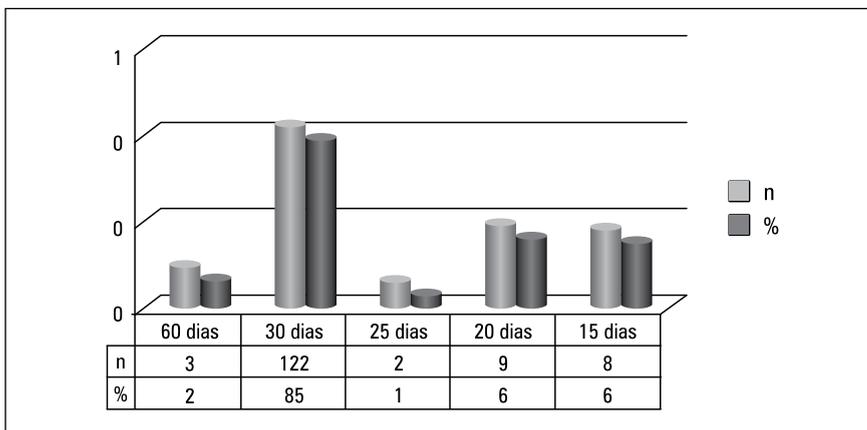
**Figura 2:** Percentual das receitas prescritas segundo especialidades médicas.



Fonte: Autores, 2010

Das 144 receitas analisadas, 84% (122) receitas foram prescritas para trinta dias de tratamento e somente 2% (3) das receitas para 60 dias de tratamento. (**Figura 3**)

**Figura 3:** Percentual das receitas prescritas segundo duração do tratamento.



Fonte: Autores, 2010

Quanto ao uso de outras classes de medicamentos, 24,30% (35 receitas) continham em sua prescrição associação com laxantes. De modo geral entre os que associam outros fármacos utilizam diuréticos, hormônios e ansiolíticos (**Tabela 4**).

**Tabela 4:** Percentual dos medicamentos anorexígenos e sacietógenos com outras classes de fármacos.

Fármaco	Associação	Número	%
Sibutramina	Laxante	12	8,33
Sibutramina	Ansiolíticos	1	0,69
Sibutramina	Antidepressivos	2	1,38
Femproporex	Diurético	6	4,16
Femproporex	Laxante	10	6,94
Femproporex	Hormônios ( T3)	1	0,69
Femproporex	Ansiolíticos	3	2,08
Femproporex	Antidepressivos	5	3,47
Anfepramona	Diurético	3	2,08
Anfepramona	Laxante	13	9,02
Anfepramona	Hormônios ( T3)	2	1,38
Anfepramona	Ansiolíticos	2	1,38
Anfepramona	Antidepressivos	5	3,47

## 5 DISCUSSÃO

Os fármacos anorexígenos e sacietógenos são prescritos indiscriminadamente sem considerar as mudanças de hábitos que devem ocorrer na vida do paciente, esses medicamentos deveriam ser utilizados somente para facilitar a adesão do paciente ao tratamento. Nota-se neste estudo que médicos com especialidade em cardiologia, ginecologia e até mesmo clínico geral sentem-se aptos a prescrever essa classe de fármacos, sendo que 47% das prescrições foram realizadas por clínicos gerais, sem especialidade alguma na área de endocrinologia. Os fármacos analisados, femproporex e anfepramona, são fármacos estimulantes do sistema nervoso central sendo capazes de gerar quadros de euforia, provocar vigília, atuar com anorexígenos e aumentar a atividade autonômica do indivíduo (CARLINI et al., 2001).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou no ano de 2007 a RDC 58 que dispõe sobre o aperfeiçoamento do controle e fiscalização de substâncias psicotrópicas anorexígenas. De acordo com a resolução as prescrições de femproporex não podem ultrapassar a dosagem de 50mg por dia e a anfepramona não pode ultrapassar 120 mg por dia. Nota-se neste estudo que mesmo com a determinação legal da ANVISA existem médicos prescrevendo acima da dosagem determinada pelo órgão fiscalizador, e tais fatores podem ocasionar riscos de efeitos colaterais severos, bem como alcançando um grau de toxicidade desse medicamento (ANVISA, 2007).

A mesma resolução determina que cada notificação de receita “B2” deve ser utilizada para tratamento igual ou inferior a trinta dias, e verificou que a maioria das receitas cumpriu a essa determinação; somente 2% (3) foram aviadas para um prazo de 60 dias, nota-se que o fator principal no tratamento da obesidade deixa de ser cumprido nesses casos, já que o médico deveria realizar um acompanhamento periódico constante para verificar os possíveis efeitos colaterais e, principalmente, a adesão ao tratamento (ANVISA, 2007).

Vale ressaltar que todas as associações realizadas com o femproporex ou anfepramona com diuréticos, laxantes, hormônio, ansiolíticos e antidepressivos de qualquer natureza são contrárias a legislação vigente determinada pela RDC 58, a qual estabelece de maneira clara a proibição delas. Nesse estudo, verificou-se que 34,8% das prescrições analisadas continham essas associações irregulares, as quais poderão trazer danos à saúde do paciente (ANVISA, 2007).

Em relação às possíveis interações entre os medicamentos femproporex e anfepramona com fitoterápicos com atividade laxante, como: cascara sagrada e sene podem ocasionar alterações nas concentrações plasmáticas dos fármacos psicotrópicos e, conseqüentemente, mudanças nos seus perfis de eficácia e/ou segurança. Essa interação ocorre pela presença de alguns componentes químicos presentes nas cascara sagrada e sene (SILVEIRA, 2008).

Segundo Carneiro, a associação do femproporex com hormônios T3 pode causar um quadro de hipertireoidismo, o que é necessário para a perda de peso, mas este é acompanhado por sintomas como a tirotoxicose, tornando-se um tratamento de alto risco. O uso de hormônios tireoidianos com anorexígenos provoca um aumento da força de contração cardíaca aumentando os riscos dessas associações (CARNEIRO et al., 2008).

O uso concomitantemente de sibutramina com fluoxetina pode provocar níveis tóxicos oriundo da atividade de serotonina, conhecido como síndrome da serotonina. Essa síndrome é caracterizada pelos seguintes sintomas: agitação, diaforese, diarreia, febre, hiper-reflexia, incoordenação, mioclonia, tremores ou calafrios (BACHMANN et al, 2006). Por causa da associação de anfepramonas com antidepressivos, podem ocasionar arritmias cardíacas e aumento da pressão arterial (CAETANO, 2006). Em relação ao uso associado de sibutramina com diazepam pode inibir as isoenzimas CYP2C19 e ou CYP3A4 e, consequentemente, reduzir o efeito do diazepam.(LEMBERGER et al 1988; MOSKOWITZ et al., 1988).

## 6 CONCLUSÃO

O presente trabalho analisou as prescrições médicas que continham medicamentos anorexígenos e sacietógenos. Nota-se que médicos de diversas especialidades utilizam destes medicamentos em suas prescrições, mesmo não possuindo a especialização em endocrinologia. Esse fato pode gerar erros em algumas prescrições como, por exemplo, as associações indesejadas descritas neste estudo.

O cenário delineado mostra o uso de psicotrópicos anorexígenos como um problema relevante de saúde coletiva e indica a necessidade de reavaliação das políticas até então adotadas em relação a esses produtos em nosso país, bem como dos critérios de monitoramento de sua dispensação e consumo.

Um dos problemas que requer enfrentamento urgente refere-se à associação dos fármacos anorexígenos e sacietógenos com outras substâncias a fim de coibir a dispensação de prescrições que coloquem em risco a saúde da população.

Os resultados verificados neste estudo sugerem a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços médicos e farmacêuticos prestados à comunidade e de ampliar a conscientização dos usuários sobre os riscos inerentes ao uso abusivo e desnecessário de anorexígenos. Ressaltam, ainda, a importância que a distribuição e o consumo deste tipo de droga assumem: de um lado, o mercado farmacêutico, sobretudo, no que tange à indústria da estética; e de outro lado, a saúde pública, onerada pelos problemas acarretados pelo uso irracional desses medicamentos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. PORTARIA nº 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](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm)>. Acesso em 05/12/2009.

ANVISA. RDC nº 58, de 05 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/index.htm>>. Acesso em 01/12/2009.

BACHMANN, et al. **Interações medicamentosas**. 2ª ed. ver. amp. Barueri: Manole, 2006. 887p. ISBN 85-204-2270-5.

CAETANO, N.; **Guia de Remédios**. 8ª ed. ver.amp. São Paulo: Escala, 2006/2007. 704p.

CARLINI, E. A.; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. F. Drogas psicotrópicas - o que são e como agem. **Revista Imesc**. São Paulo, nº 3, 2001. p. 9-35.

CARNEIRO, M.F.G; JUNIOR, A.A.G; ACURCIO, F.A. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, nº 8, 2008.

COUTINHO, W.F; CABRAL, M.D. A farmacoterapia da obesidade nos consensos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. São Paulo, v. 44, nº 1, 2000.

LEMBERGER L; ROWE H. et al. The Effect of Fluoxetine on the Pharmacokinetics and Psychomotor Responses of Diazepam, **Clinical Pharmacology & Therapeutics**. Washington, v. 43, nº 4, p. 412-9, 1988.

MARTINS, A; SGRANÇO, G; MARTINS, O.V.B. Fitoterápicos associados às formulações magistrais moduladoras do apetite. **Revista Farmácia Brasileira**. Brasília, v. 72, p. 68-72, 2009.

MANCINI, M.C; HALPERN A. Tratamento farmacológico da obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. São Paulo, v. 46, nº 5, 2002.

MOSKOWITZ H and Burns, M. The Effects of Performance of Two Antidepressants, Alone and in Combination With Diazepam. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**. Ohio, v. 12, nº 5, p. 783-92, 1988.

SILVEIRA, P S. et al. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. **Revista Brasileira Farmacognosia**. João Pessoa, v. 18, nº 4, Out. – dez 2008.

Recebido em 11/01/2011 - Aceito em 12/03/2012

