

PERFIL DA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE FÁRMACOS ANOREXÍGENOS EM FORTALEZA – CE

GEYSA AGUIAR ROMEU¹
PRISCILLA FERNANDA CAMPOS JUSTINO²
ÁLISSON MENEZES ARAÚJO LIMA³

1. Farmacêutica, mestre em Fármacos e Medicamentos (USP-SP), docente do curso de Farmácia da Universidade de Fortaleza, Unifor, Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiroz Bloco C, 60.811-905, Fortaleza-CE.
2. Farmacêutica, graduada pela Universidade de Fortaleza, Unifor.
3. Farmacêutico, mestrando em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará – UFC.

Autor Responsável: G. A. Romeu
E-mail: geysa@unifor.br

INTRODUÇÃO

Segundo estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 25% da população mundial é obesa e destes 25% morrem por conseqüências diretas ou indiretas da obesidade (PASSOS, 2005). Estima-se, hoje, que nosso País possua quatro milhões de obesos mórbidos, aproximadamente 4% da população, segundo a Associação Brasileira para Estudo da Obesidade; 30% das causas de morte, no Brasil, estão associadas à obesidade e a doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão e problemas cardíacos (OSÓRIO, 2005).

Os portadores de obesidade e excesso de peso apresentam risco relativo elevado para hipertensão arterial sistêmica (VGONTZAS *et al*, 2005; SHOCHAT, PILLAR, 2003), infarto agudo do miocárdio (CAPLES *et al*, 2005; BERG, SCHERER, 2005) doença vascular cerebral, dentre outras condições clínicas, além de se envolverem em maior número de acidentes de trânsito e do trabalho (PINHO *et al*, 2005).

O tratamento farmacológico da obesidade está indicado na presença de IMC (Índice de Massa Corpórea) maior que 25 Kg/m² com outras doenças associadas à obesidade ou em pacientes com IMC maior que 30 Kg/m², quando da falência do tratamento não farmacológico isoladamente. Pode-se, didaticamente, dividir os fármacos para tratamento da obesidade em três grupos básicos: medicamentos anorexígenos de ação central, medicamentos termogênicos e medicamentos que afetam a absorção de nutrientes (MANCINI, 2004).

Atualmente, os critérios mais usados para avaliação da eficácia de tratamentos anti-obesidade são os do FDA (*Food and Drug Administration*) e do CPMP (*Committee of the European Agency for the Evaluation of Medicinal Products*). O FDA cita como critério uma perda de peso maior que 5% em relação ao placebo e que seja estatisticamen-

te significativa, enquanto que o CPMP sugere uma perda maior que 10% em relação ao placebo (WANNMACHER, 2004).

Os anorexígenos são fármacos que provocam anorexia, ou seja, redução ou perda de apetite, devendo ser utilizados apenas como adjuvantes no tratamento da obesidade. Seu emprego não é recomendado como tratamento primário para promover a perda de peso (KOROLKOVAS, 2002). A classe dos anfetamínicos é a mais conhecida dentre os anorexígenos.

O grande problema dos anorexígenos são os efeitos colaterais. Como eles também têm o poder de estimular o sistema nervoso autônomo, podem causar inúmeras outras reações. Os anfetamínicos, em particular a anfetamina e a metanfetamina, apresentam um alto potencial de abuso, propiciando o desenvolvimento de farmacodependência. (HOFFMAN; LEFKOWITZ, 1996).

Esse grupo de fármacos é prescrito, no Brasil, de forma muito mais indiscriminada do que se suspeitava. Somente em Belo Horizonte, o nível de consumo dos inibidores de apetite derivados da anfetamina chega a ser 40 vezes maior do que na Europa (CARNEIRO, 2005). O fato de esses fármacos serem utilizados para outras finalidades que não as terapêuticas constitui um grande problema de saúde pública. Estima-se que 80% dos anfetamínicos produzidos legalmente destinam-se às terapias de redução de peso e 25% dos casos relatados de abuso de anfetamínicos resultam do consumo excessivo de prescrições médicas (CHASIN; SALVADORI, 2003).

Do ponto de vista ético-profissional, cabe ao farmacêutico atentar se as prescrições contendo anorexígenos têm como finalidade um tratamento racional e benéfico ao paciente ou o são emitidas inadequadamente, promovendo tratamentos considerados desvantajosos. O farmacêutico tem o dever de promover a saúde e o direito de recusar a realização de atos que, embora autorizados por lei, sejam

contrários aos ditames éticos, comunicado, quando for o caso, ao usuário, ao outro profissional envolvido e ao respectivo conselho.

A avaliação da prescrição e dispensação de fármacos anorexígenos é de fundamental importância, visto que "o Brasil é um dos países onde mais cresce o consumo destes medicamentos" (JIPE, 2005). Sendo bastante relevantes as informações a respeito desses medicamentos e/ou associações que os contenham, pois o seu uso de forma indiscriminada acarreta problemas de segurança e eficácia implicando em uma relação risco/benefício não satisfatória.

Anfetaminas e seus derivados utilizados como anorexígeno ou no distúrbio de hiperatividade em crianças, têm sua comercialização sujeita às exigências da Portaria nº 344 de 12 de Maio de 1998, da Secretaria da Vigilância Sanitária. Os anfetamínicos com propriedades alucinógenas são de uso proscrito em nosso país. São proibidos 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.

Sendo assim, procurou-se avaliar o perfil da prescrição e dispensação de fármacos anorexígenos em uma rede de farmácias do Brasil, mais especificamente na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará.

MÉTODOS

O estudo proposto, do tipo quantitativo, descritivo e retrospectivo foi realizado, no período de agosto a novembro de 2005, em uma rede que possui 264 farmácias, em todo o País. Dentre elas, 96 localizam-se, no Ceará, sendo 80 filiais, em Fortaleza.

Analisaram-se as especificações e quantidades de medicamentos anorexígenos dispensados em seis farmácias de Fortaleza, no mês de agosto de 2005; gênero do paciente, a especialidade do profissional prescritor e as informações da prescrição segundo legislação vigente (Portaria nº 344/98). Essas prescrições foram coletadas manualmente e os dados transcritos para formulário específico. As farmácias foram escolhidas de forma aleatória, respeitando as diversas regiões da cidade, isto é, foi selecionada uma farmácia em cada Secretaria Executiva Regional – SER (Figura 1).

Em relação às informações contidas nos receituários analisaram-se a identificação do paciente, prescritor, fornecedor e comprador; data de emissão e dados sobre os medicamentos tais como: especificação (genérica ou comercial), concentração, forma farmacêutica, posologia e quantidade ou dose a ser dispensada.

Os dados coletados foram analisados e os resultados sistematizados sendo expressos por distribuição de frequências absolutas e percentuais. Este estudo obteve

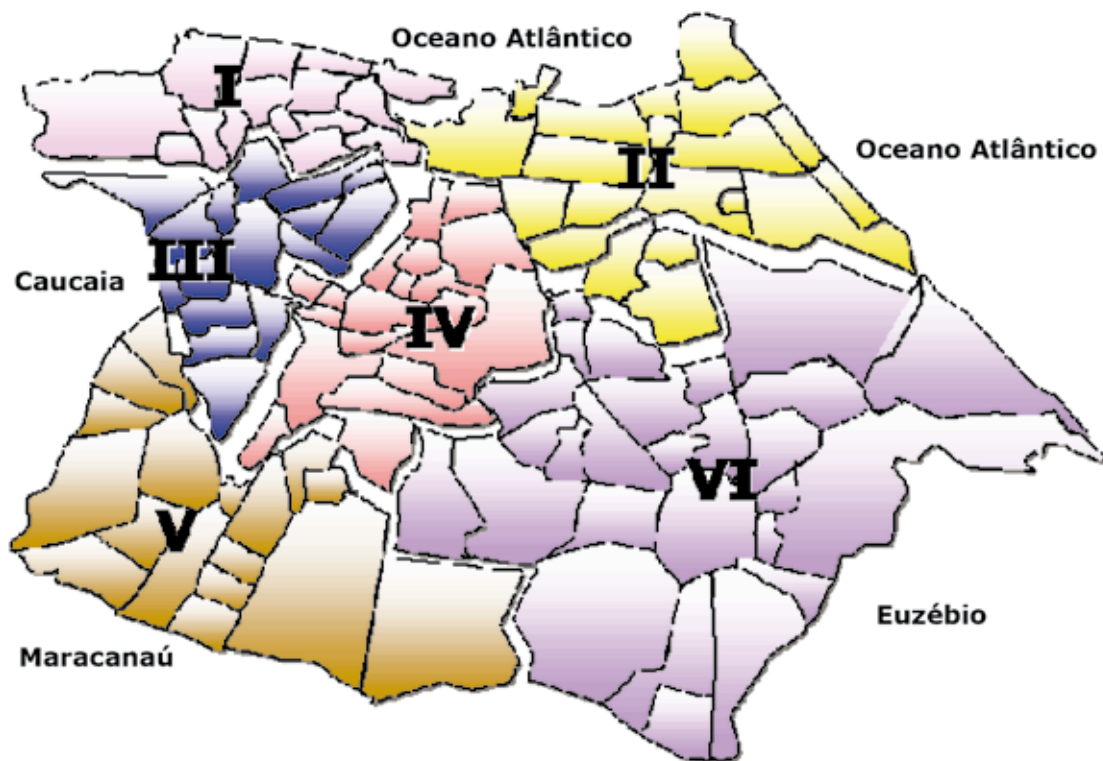


Figura 1. Secretarias Executivas Regionais da cidade de Fortaleza.

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (CMSF).

aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza e seguiu os preceitos éticos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução nº 196/96 CNS/MS).

RESULTADOS

Avaliaram-se 102 prescrições, através das quais foram dispensadas 124 unidades farmacêuticas, sendo que 45 (36,3%) corresponderam a anfepramona representada pelos medicamentos Dualid S®, Inibex S® e Hipofagin®; 42 (33,9%) a sibutramina (Plenty® e Reductil®) e 37 (29,8%) ao femproporex, na apresentação de Desobesi M®. O mazindol (Absten S®) não foi dispensado no período da pesquisa, nas farmácias analisadas. A Figura 2 apresenta os valores individuais de cada especialidade farmacêutica e a Tabela 1 a distribuição dos fármacos dispensados nas diversas Secretarias Executivas Regionais.

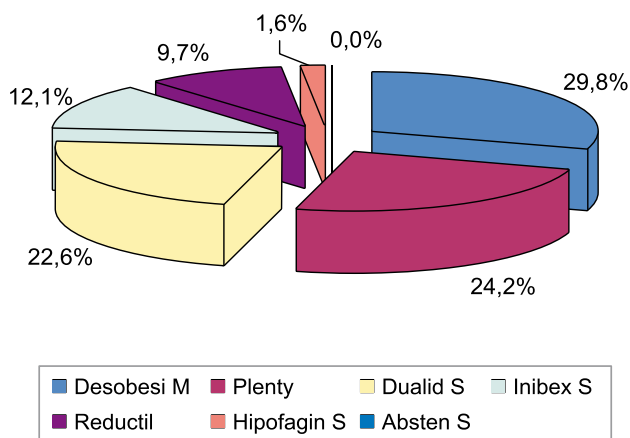


Figura 2. Distribuição dos medicamentos anorexígenos dispensados (n=124).

Os pacientes do gênero feminino destacaram-se como os usuários de fármacos anorexígenos, sendo representados por 76 (74,5%) receitas analisadas. Quanto à especialidade médica observou-se uma prevalência de 52,9% de clínicos gerais e 16,7% de endocrinologistas. Em 4 (3,9%) prescrições, o carimbo do profissional prescritor estava ilegível não sendo possível identificar sua especialidade (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das prescrições segundo a especialidade médica

Especialidade Médica	f	%
Clínico Geral	54	52,9
Endocrinologista	17	16,7
Psiquiatra	5	4,9
Cardiologista	5	4,9
Neurologista	4	3,9
Dermatologista	4	3,9
Ginecologistas	2	2,0
Outros	7	6,9
Ilegíveis	4	3,9
TOTAL	102	100

f = frequência; % = porcentagem

Todos os receituários informavam o nome do paciente, porém, 85 (83,3%) não continham o endereço. Os dados referentes ao fornecedor, data de emissão da prescrição, do emitente e do comprador estavam ausentes ou incompletos em 57 (55,9%), 28 (27,4%), 9 (8,8%) e 4 (3,9%) notificações, respectivamente. Das informações ausentes nos itens contendo medicamentos, 47 (46,0%)

Tabela 1. Distribuição dos anorexígenos dispensados segundo as Secretarias Executivas Regionais – SER de Fortaleza (agosto, 2005)

MEDICAMENTO	SER I		SER II		SER III		SER IV		SER V		SER VI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Desobesi M®	4	3,2	15	12,1	3	2,4	4	3,2	7	5,7	4	3,2	37	29,8
Plenty®	2	1,6	10	8,1	6	4,8	2	1,6	1	0,8	9	7,3	30	24,2
Dualid S®	3	2,4	3	2,4	5	4,1	11	8,9	3	2,4	3	2,4	28	22,6
Inibex S®	3	2,4	5	4,1	2	1,6	1	0,8	0	0,0	4	3,2	15	12,1
Reductil®	1	0,8	4	3,2	0	0,0	1	0,8	1	0,8	5	4,1	12	9,7
Hipofagin®	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,8	0	0,0	2	1,6
TOTAL	13	10,5	37	29,9	16	12,9	20	16,1	13	10,5	25	20,2	124	100,0

foram referentes à forma farmacêutica; 34 (33,3%) à dose a ser ingerida; 21 (20,6%) a posologia e 4 (3,9%) à quantidade a ser dispensada. Vale ressaltar que em uma mesma prescrição pode conter mais de uma informação ausente.

DISCUSSÃO

Os anorexígenos são drogas ilícitas, com comércio controlado e dependente de emissão de receita especial por parte do médico ao farmacêutico. O controle é um meio que a saúde pública possui para evitar o uso indevido destes medicamentos e garantir seu uso às necessidades de ordem médica (MALTA JÚNIOR, 2003).

Apesar de a anfepramona ser considerada a menos perigosa para pacientes com hipertensão leve ou moderada, existem relatos de danos à saúde. O uso continuado desses medicamentos pode levar à degeneração de determinadas células do cérebro, produzindo lesões irreversíveis, além de efeitos como agressividade, insônia, taquicardia até paranóias e alucinações (KOROLKOVAS, 2002; CEBRID, 2005).

A sibutramina é um fármaco que proporciona, relativamente, baixo percentual de reações adversas, interações medicamentosas e menores riscos ao usuário (MARGOTO, 2004). A grande propaganda da indústria farmacêutica, possivelmente, é uma das maiores responsáveis pelo grande alcance de vendas dessa classe de anorexígenos. 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.

O femproporex age como neurotransmissor de noradrenalina, inibindo o centro de fome hipotalâmico, por sua ação central, possíveis danos à saúde são relacionados (KOROLKOVAS, 2001). Muitos trabalhos publicados vêm alertando sobre os efeitos nocivos do femproporex (MARIZ *et al.*, 2002). Mesmo assim verificou-se uma grande procura por esse medicamento nas farmácias estudadas, provavelmente, devido ao baixo valor aquisitivo do Desobesi-M®.

Segundo Noto *et al.* (2002), de 26.930 receitas de anorexígenos analisadas, a anfepramona (54,95%) e o femproporex (40,63%) foram os anorexígenos mais prescritos. O Brasil é um dos maiores consumidores desses fármacos, importa 78% de medicamentos anorexígenos produzidos no mundo (LIMA *et al.*, 2001).

Entre 1989 e 1992, 72.947 kg de drogas anorexígenas foram trazidos ao Brasil. "Um dos interesses principais na América do Sul continua a ser o abuso de anfetaminas como estimulante na forma de anorexígenos...". Em nosso País, um dos mais afetados pelo abuso do sistema de receita para estimulante, foi calculado que o uso de ini-

bidores de apetite alcançou 20 toneladas em 1995 e 22 toneladas no ano seguinte (CEBRID, 2005).

Analisando a dispensação desses fármacos nas diversas áreas de Fortaleza, constatou-se que as SER II e VI foram as que adquiriram maior quantidade de Plenty® e Reductil®, medicamentos considerados mais caros. Pode-se, portanto, fazer uma suposta relação entre essa aquisição e a concentração da população de Fortaleza com maior renda nessas regiões. Entretanto, o mesmo não pôde ser observado na SER III que, apesar da baixa renda da população, o medicamento Plenty® foi o mais procurado. O consumo de Desobesi-M®, Dualid-S® e Inibex-S® nas SER I, III IV e V está de acordo com o poder aquisitivo da população. A SER II também apresentou quantidade expressiva de vendas de Desobesi-M®, mas como o estudo não avaliou a profissão do consumidor, não se pode relacionar essa procura pelas pessoas de baixa renda que trabalham no local, mas é o que provavelmente pode ter ocorrido.

Em um estudo realizado, em São Luís do Maranhão, foram analisados 137 receituários e o anorexígeno mais dispensado foi o Reductil®, seguido pelo Inibex S® e o Plenty® (MARIZ *et al.*, 2002). Esses autores não detectaram nenhuma prescrição com Desobesi-M®, em contraste com nosso estudo onde essa especialidade farmacêutica foi a mais dispensada. Azzolini (2003) encontrou, em sua pesquisa, a anfepramona e o femproporex como sendo as substâncias sujeitas a controle especial mais prescritas nos estabelecimentos da DIR IV de São Paulo, o que demonstra diversidade do consumo destas substâncias por cada estado.

O *International Narcotics Control Board* (INCB) em seu relatório do ano 1998 considera o uso de anorexígenos como um dos assuntos principais na América do Sul. Brasil, Argentina e Chile são os países mais afetados. Conseqüentemente, este quadro internacional recomenda a adoção de medidas legislativas e administrativas para diminuir o problema. Estudos brasileiros têm mostrado um crescimento anual especialmente na dispensação de anorexígenos em farmácias magistrais. Um estudo nas cidades de São Paulo e Recife mostrou também o descuido com quais médicos prescrevem estes agentes anorexígenos associados a benzodiazepínicos (NOTO *et al.*, 2002).

O resultado mostrando as mulheres como grandes consumidoras de fármacos anorexígenos é um fato esperado em função do apelo social por um padrão de beleza que cultua corpos extremamente magros. Mariz *et al.* (2002) verificaram que o gênero feminino foi maioria consumista de anorexígenos, com 72,26% dos receituários. Outros trabalhos demonstraram esta mesma relação (MALTA JÚNIOR, 2003; NOTO *et al.*, 2002). Um deles demonstrou que relação de prescrições de anorexígenos para mulheres foi dez vezes maior em relação às prescrições para homens. Estas informações também estão de acordo com Wortmann *et al.* (1994).

Em relação à especialidade médica do profissional prescritor observou-se uma predominância de clínicos gerais. Esse resultado permite supor que o uso do anorexígeno, mesmo sob orientação médica, pode estar ocorrendo de forma inadequada já que a literatura especializada no assunto sugere que a recomendação de tais medicamentos para casos específicos de tratamento de redução de peso, deve ser realizada por médicos endocrinologistas ou especialistas no assunto. 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.

De acordo com a Portaria 344/98, é obrigatória a presença no receituário de medicamentos controlados do nome do medicamento ou da substância, prescritos sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia. A farmácia ou drogaria somente poderia aviar a prescrição se todos esses itens estivessem devidamente preenchidos.

Constatou-se, entretanto, que na prática essa determinação não é seguida pelos profissionais prescritores nem pelos farmacêuticos no ato da dispensação, já que foram identificadas várias prescrições com ausência de informações importantes, podendo acarretar redução da adesão ao tratamento e conseqüente prejuízo ao paciente. Silveira *et al.* (2005) em uma drogaria em Pelotas, RS encontrou que a maior frequência de erros na análise de notificações de medicamentos psicotrópicos ocorreu por falta de endereço completo do paciente (91,6%), ausência do nome do fármaco de acordo com a DCB (80,5%), da quantidade em algarismo arábico e por extenso (72,1%), forma farmacêutica (59,0%), posologia e data de emissão (9,0%) e em 7,4% não constavam dose ou concentração.

A omissão de informações na prescrição médica dificulta o trabalho de equipe e põe em risco a vida do paciente. Os dados apresentados corroboram com a necessidade de educação continuada dos profissionais prescritores e dispensadores e adoção de outras medidas para a melhoria da qualidade da prescrição e dispensação.

CONCLUSÃO

Os medicamentos anorexígenos, sujeitos a controle especial, em especial o femproporex, sibutramina e a anfepramona continuam sendo bastante dispensados, mesmo sem que o receituário esteja de acordo com a legislação vigente. O não cumprimento da Portaria 344/98, tanto por parte dos prescritores quanto dos dispensadores é alarmante, podendo acarretar riscos à saúde pública.

É importante ressaltar que extrapolar os resultados, generalizando-os para a cidade de Fortaleza como um todo é algo arriscado, uma vez que se trabalhou com uma amostra reduzida para tais propósitos e qualquer generalização pode induzir a reprodução de dados e informações não consistentes. Contudo esses dados preliminares mostram que o consumo de anorexígenos em Fortaleza, a semelhança de outras cidades, ocorre de maneira intensa e irracional denotando a necessidade de implantar, de forma efetiva, a participação do farmacêutico na monitorização do uso de medicamentos anorexígenos e assimilar um processo de educação para uso racional desses medicamentos.

AGRADECIMENTO

À farmacêutica Cristiane Feijó que autorizou a realização desse trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZZOLINI, C.A. Perfil das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, dispensados nas drogarias e farmácias dos municípios da jurisdição da DIR IV. *Infarma*, v. 15, nº 11-12, p. 75-8, 2003.
- BERG, A.H.; SCHERER, P.E. Adipose tissue, inflammation, and cardiovascular disease. *Circ Res.*, v. 96, n.9, p. 939-49, 2005.
- 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://e-legis.bvs.br/leisref/public/search.php>>. Acesso em: 17 out. 2005.
- BRASIL. Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, (Out, 10, 1996).
- CAPLES, S.M.; KARA, T.; SOMERS, V.K. Cardiopulmonary consequences of obstructive sleep apnea. *Semin Respir Crit Care Med*. V.26, n.1, p. 25-32, 2005.
- CARNEIRO, M. Anfetaminas no Brasil: efeitos colaterais dos inibidores de apetite. Nutrociências. Estado de Minas, 09 maio 2005. Disponível em: <http://www.nutrociencia.com.br/temas_mostra.asp?vid=22>. Acesso em: 08 out 2005.
- CARAZZATTO, P.R. A farmácia magistral e o tratamento farmacoterapêutico da obesidade. Assistência farmacêutica em obesidade. *Revista Racine*. v.13, n.77, p.34-40, 2003.
- CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS (CEBRID). *Medicamentos psicotrópicos no Brasil*. Boletim n. 28, 36, 45, 46. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/cebrid.htm>>. Acesso em: 08 out. 2005.
- CHASIN, A.A.M.; SALVADORI, M.C. Estimulantes do sistema nervoso central. In: OGA, S. *Fundamentos de Toxicologia*. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2003. p.249-255.

- HOFFMAN, B.B.; LEFKOWITZ, R.J. Catecolaminas, drogas simpaticomiméticas e antagonistas dos receptores adrenérgicos. In: GOODMAN; GILMAN. *As bases farmacológicas da terapêutica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Alfred Goodman Gilman, 1996. p. 160-164.
- JIFE, Boletim Informativo da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes. *Anorexígenos*, 2005.
- KOROLKOVAS, A. Metabolismo e Nutrição. Dicionário Farmacêutico Guanabara. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan., 2002. p. 13.1-13.3.
- LIMA, S. M; NOVO, P. I. Uso de psicoestimulantes no Brasil: um problema ainda sem solução. Publicado em: 02/07/2001. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu6_02.htm>. Acesso em: 11 jul. 2005.
- MALTA JÚNIOR, A.. Avaliação da dispensação de benzodiazepínicos em farmácia comercial de Juazeiro do Norte – CE. *Infarma*, v.15, n. 1/3, p. 50-2, 2003.
- MANCINI, M.C. Obesidade – como diagnosticar e tratar. *Rev. Bras. Med.*, v.61, Ed. Especial, dez. 2004.
- 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*, v. 14, n. 9-10, p. 56-60, 2002.
- MARGOTO, J.A. Conheça os vários aspectos de um tratamento de obesidade. Disponível em: <http://www.escelsanet.com.br/sitesaude/artigos_cadastrados/artigo.asp?art=872> Acesso em: 09 out. 2004.
- NOTO, A.R., MASTROIANNI, P., ALVES, V.C., NAPPO, S.A., KUROIWA, W., CSIZMAR, J., COSTA, A.C., FARIA, A., HIDALGO, S.R., ASSIS, O. & CARLINI, E.A. Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.24, n.2, p.68-73, 2002.
- OSÓRIO, L.F.F.; VIEGAS, F. Obesidade. Disponível em: <<http://www.cirurgiadaobesidademorbida.com.br/index.htm>>. Acesso em: 24 set. 2005.
- PASSOS, W.V. Obesidade: visão da nutricionista. Portal de ginecologia, 2002. Disponível em: <<http://www.portaldeginecologia.com.br/modules.php?nome=news&file=article&sd=82>>. Acesso em: 15 nov. 2004.
- PINHO, R.S.N.; BASTOS, J.P.C.; MAIA, W.S.; MELLO, M.T.; DE BRUIN, V.M.S.; DE BRUIN, P.F.C. Sonolência, estado de humor e uso de drogas em motoristas profissionais de caminhão. *Hipnos*, Abstract (in press)(2005).
- SHOCHAT, T.; PILLAR, G. Sleep apnea in the older adult: pathophysiology, epidemiology, consequences and management. *Drugs Aging*. v.20, n. 8, p.551-60, 2003.
- SILVEIRA, M.P.Y.; GARCIA, S.P.; RAMOS, T.S.; MEDEIROS, T.A. Análise de notificações de receitas de medicamentos psicotrópicos e anorexígenos dispensados em uma drogaria do sul do Brasil. [Abstract] In: I Congresso brasileiro sobre uso racional de medicamentos; 2005 Out 12-15; Rio Grande do Sul, Brasil; 2005.
- VGONTZAS, A.N.; BIXLER, E.O.; CHROUSOS, G.P. Sleep apnea is a manifestation of the metabolic syndrome. *Sleep Med Rev*. v.9, n.3, p.211-24, 2005.
- WANNMACHER, L. Obesidade: Evidências e fantasias. *Uso racional de medicamento: temas selecionados*. OPAS/OMS, v. 1, n.3, 2004.
- WORTMANN, A.C; GRUDTNER, M.C; FIALHO, A.F; JARDIM NETO, J.C; SCHAEFER, L.G; SEHN, F; PECHANSKY, F; SOIBELMAN, M. Consumo de benzodiazepínicos em Porto Alegre. *Rev. Assoc. Méd. Bras*. v.40, n.4, p. 265-270, 1994.