

PERFIL DOS PSICOTRÓPICOS ANOREXÍGENOS DISPENSADOS EM FARMÁCIA COMERCIAL DA CIDADE DO NATAL, RN

HERBERT ARY SISENANDO¹
MAKSLANE MAX SISENANDO²
SABRINA SUELLA SISENANDO³

1. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP / Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.
2. Departamento de Vigilância Sanitária, Secretaria Municipal de Saúde, Natal, RN.
3. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN.

Autor Responsável: H.A.Sisenando. E-mail: herbertsisenando@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Obesidade é uma doença crônica e estigmatizada que acomete mais de 30% da população adulta dos Estados Unidos da América. Neste contexto, a obesidade é definida, de forma similar à hipertensão e à hipercolesterolemia. Cada doença apresenta certo fator de risco associado a uma série de doenças alvo definidas. Para hipertensão, os alvos são a insuficiência cardíaca e o acidente vascular cerebral; para a hipercolesterolemia, os alvos são a aterosclerose e a doença arterial coronariana. Na obesidade, as doenças alvo são o diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, certas formas de câncer, apnéia do sono e osteoartrite, entre outras^(3, 4, 9).

Com o reconhecimento da obesidade como doença epidêmica que aflige globalmente a população^(1,5) emerge a necessidade de melhorar a qualidade e eficácia dos tratamentos disponíveis. O cerne do tratamento atual da obesidade baseia-se em terapias comportamentais dirigidas no sentido de modificação das atividades e hábitos relacionados à alimentação, exercício para aumentar o gasto calórico e orientações nutricionais para diminuir o consumo de calorias e, particularmente, de gordura. O uso dos agentes farmacológicos é considerado um adjunto a esta terapêutica básica para o tratamento da obesidade.

Não existe uma estratégia particular ou medicação que deva ser recomendada para uso rotineiro. O indivíduo obeso deve ser avaliado profundamente, em relação

a erros em hábitos alimentares e de atividade física, presença de sintomas depressivos, presença de complicações ou doenças associadas à obesidade, possibilidade de desenvolvimento de efeitos colaterais. A escolha de um medicamento anti-obesidade deve basear-se também na experiência prévia do paciente, no uso anterior de medicamentos, muito embora a falência de um tratamento prévio não justifique a não utilização de um determinado agente posteriormente.

Os derivados Fenilquilamínicos compreendem anfetaminas simpatomiméticas e fármacos relacionados, foram sintetizados comercialmente na década de 30 com o objetivo de tratar o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, então denominado hiperatividade ou disfunção cerebral mínima. Atualmente, existem indicações para o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, da narcolepsia e da obesidade^(6,9). A anfetamina pertence à classe das feniletilaminas, com uma substituição de um grupo metila na posição do carbono alfa. Diversas substituições na estrutura química da feniletilamina foram realizadas, gerando outros fármacos com propriedades anorexígenas como o Femproporex e a Anfepromona (Dietilpropiona). Esses derivados biotransformam-se em anfetamina no organismo humano, o que explicaria efeitos similares^(10, 11, 12, 13).

Os inibidores do apetite são geralmente bem absorvidos por via oral, sendo sua principal via de administração, atravessando rapidamente as membranas biológicas devido a sua lipossolubilidade. O pico da concentração plasmática ocorre geralmente entre 1 e 2 horas, sendo

a velocidade de eliminação dependente do pH urinário. Em condições normais, aproximadamente 30% da dose é excretada inalterada na urina em 24 horas. Em condições de acidez da urina, a quantidade de anfetamina eliminada por via renal aumenta para 74% em 24 horas ^(10,17).

O Brasil está entre os quatro países com maior consumo de inibidores de apetite do mundo. Um estudo com adultos de uma cidade brasileira mostrou uma prevalência de 1,3%, sendo que 80% destes usuários possuíam prescrição médica para consumir esta substância ⁽⁷⁾. Entre estudantes, o uso das anfetaminas é eminentemente feminino, na sua grande maioria com o intuito estético ⁽⁸⁾. Parte desse consumo pode ser explicado pelo grande apelo social à utilização desses fármacos para o controle da obesidade. De fato, em um estudo realizado em São Paulo, analisando-se 108.215 prescrições de medicamentos psicotrópicos, 26.930 foram de substâncias anorexígenas, principalmente Dietilpropiona (Anfepramona) e Femproporex ⁽¹⁵⁾.

O Femproporex tem apresentado especial importância no Brasil, pois apesar de ser um fármaco inibidor do apetite de uso controlado por legislação específica, há diversos relatos de uso indiscriminado devido as suas propriedades estimulantes. Segundo relatórios do *International Narcotic Control Board* ⁽¹⁴⁾. Entretanto, também tem se verificado nos últimos anos o abuso de femproporex por caminhoneiros, que adquirem de forma ilícita a droga (conhecida no meio como "rebite") em diversos locais das estradas, inclusive em postos de gasolina ⁽¹⁶⁾.

No Brasil, a legislação que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos ao controle especial é a Portaria nº 344/98 – SVS/MS, de 12 de maio de 1998, a qual define as seguintes listas de substâncias: A1 e A2 (entorpecentes); A3, B1 e B2 (psicotrópicas); C1 (outras substâncias sujeitas a controle especial), C2 (retinóicas para uso sistêmico) e C3 (imunossupressoras). Os inibidores do apetite são classificados como fármacos psicotrópicos e prescrito em receita de cor azul ⁽²⁾.

O presente trabalho teve como objetivo traçar o perfil de consumo dos anorexígenos numa farmácia comercial da cidade do Natal/RN no período de janeiro/2004 a dezembro/2005.

MATERIAL E MÉTODOS

Caracterização do local de estudo

A cidade do Natal é a capital do estado do Rio Grande do Norte, localizada na região Nordeste do país e distante 2.383 km de Brasília/DF. A cidade tem uma popu-

lação de 712.317 habitantes distribuídas em 36 bairros, totalizando uma área territorial de 170,30 km². Dada a proximidade com a Linha do Equador e a sua configuração geográfica, Natal tem temperatura média de 28° C. Sua precipitação pluviométrica é regular e o seu clima, tropical. A altitude média é de 31 metros. O bairro de Igapó está localizado na Zona Norte da cidade do Natal, tem uma população de 27.032 habitantes distribuídos em 6.806 domicílios, ocupando uma área de 2,157 km². A principal via de acesso ao bairro é através da Avenida Thomaz Landim – trecho da rodovia BR 406. O bairro tem uma renda per capita média de 250 a 500 Reais/mês e uma taxa de analfabetismo de 15,3%.

A farmácia está localizada na Avenida Thomaz Landim, é parte integrante de uma rede regional privada de farmácias comerciais e tem na pessoal do Farmacêutico, a responsabilidade técnica em escriturar em livro específico as entradas, perdas e saídas dos medicamentos sujeitos ao controle especial, de acordo com a Portaria nº 344/98.

Levantamento dos dados

Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, onde foram avaliadas 153 saídas, registradas no Livro A₃, B₁ e B₂ conforme estabelece a Portaria nº 344/98, num período de 2 anos (01/01/2004 a 31/12/2005).

RESULTADOS

Na distribuição dos inibidores do apetite nos anos de 2004 e 2005, segundo a sua classe farmacológica, observamos uma maior prevalência na dispensação do femproporex (com 64,70% e 63,20%, respectivamente) quando comparado as anfepramonas, mesmo apresentando uma pequena redução de 1,5% durante o período estudado (Fig.1).

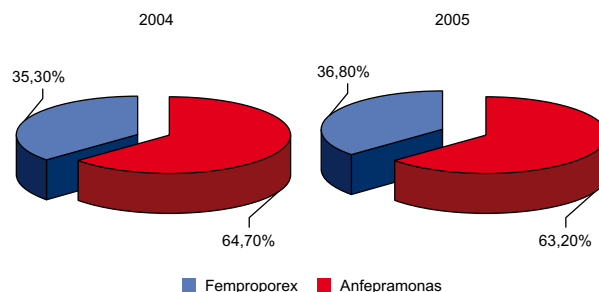


Figura 1. Distribuição dos inibidores do apetite dispensados nos anos de 2004 e 2005, de acordo com sua classe farmacológica.

Na figura 2, observamos a distribuição dos anorexígenos de acordo com seu nome fantasia. Entre os medicamentos com princípio ativo à base de femproporex, a farmácia apenas comercializa o produto de nome comercial Desobesi M[®], tendo duas apresentações que se diferenciam devido ao número de comprimidos presentes contidos na caixa, 20 ou 30 comprimidos. Durante todo o período de estudo, observou-se uma mudança de posição entre o Desobesi M[®] c/20 (de 48,20% para 17,60%) e o Desobesi M[®] c/30 (de 16,50% para 45,60%). Entre os fármacos à base de Anfepramonas, o Dualid S[®] foi o mais dispensado durante todo o período de estudo (25,90% e 20,60%, respectivamente).

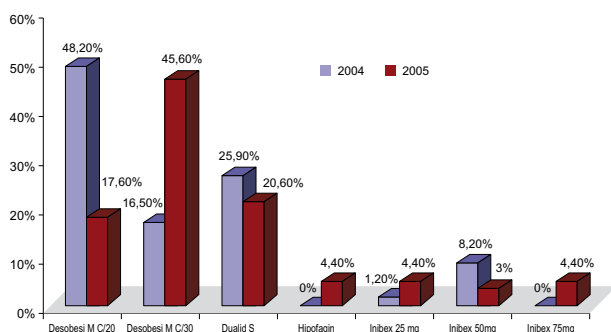


Figura 2. Distribuição dos inibidores do apetite dispensados nos anos de 2004 e 2005, de acordo com sua apresentação comercial.

Associado com o crescimento da dispensação de fármacos à base de anfepramonas, pode ser observado uma forte diminuição da saída do Dualid S[®] e um importante crescimento do Hipofagin[®] e do Inibex[®], nas apresentações contendo 25 mg e 75 mg (Fig. 3).

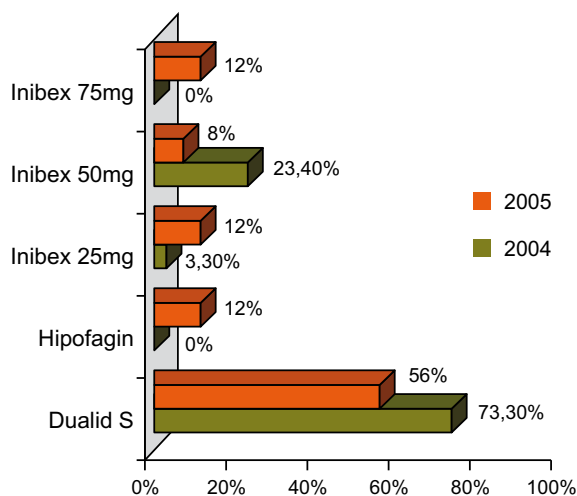


Figura 3. Distribuição das anfepramonas dispensadas nos anos de 2004 e 2005, de acordo com sua apresentação comercial.

DISCUSSÃO

Mesmo apresentando fortes evidências de efeitos colaterais graves à saúde ⁽¹⁸⁾, os resultados mostram que no período estudado, de 01/2004 a 12/2005, as formulações à base de femproporex apresentaram maior prevalência em comparação aos outros inibidores do apetite, 64,7% e 63,2%, respectivamente. Estes resultados concordam com os cenários obtidos por Andrade et al (2004) em Ribeirão Preto/SP e Carneiro et al (2008) em Belo Horizonte/MG. A predominância das formulações à base de femproporex pode ser explicada pelo fato dessa classe farmacológica apresentar um menor custo financeiro e pelo fato da farmácia localizar-se numa área de baixo poder aquisitivo, estes fatores também explicariam a inexistência de dispensações à base de princípios ativos de mais alto custo (Ex.: Sibultramina).

Em trabalhos onde observamos uma alta prevalência de dispensação de medicamentos anorexígenos de custo mais elevado, observa-se também uma predominância das Anfepramonas entre os inibidores do apetite. Este fato pode ser observado em trabalhos que analisaram 124 prescrições na cidade de Fortaleza/CE ⁽²¹⁾ e 114 prescrições na cidade de Belém/PA ⁽²²⁾ no ano de 2008. Mostrando com isso a forte influência do poder aquisitivo na opção de compra desses medicamentos.

A forte queda observada na venda do Desobesi M[®] com 20 comprimidos e o elevado crescimento do Desobesi M[®] com 30 comprimidos no período estudado demonstra uma nítida mudança no consumo, podendo ter sido incentivado pelo custo benefício ou mesmo por uma adaptação do mercado.

Entre as formulações à base de anfepramonas, os resultados mostraram efetiva coerência com trabalhos publicados por Romeu et al e Borges et al no ano de 2008. Neles, o Dualid S[®] apresentou-se como formulação mais prevalente entre aqueles que têm como princípio ativo a anfepramona. O menor custo do Dualid S[®] em comparação com as outras formulações e as condições mercadológicas de propaganda, distribuição e marketing podem explicar esse cenário.

Algumas limitações de nosso estudo devem ser mencionadas: A restrição do universo amostral para apenas 01 (um) estabelecimento farmacêutico na região, mesmo ele sendo o de maior volume de vendas e o pequeno número de dispensações em alguns períodos, fato que dificultou a realização de algumas comparações.

Como aspectos positivos do estudo: pode-se ressaltar o fato de ser o primeiro a retratar a consumo dos inibidores do apetite na região Norte do município de Natal, mais especificamente no bairro de Igapó.

CONCLUSÕES

A generalização dos resultados desse estudo para o município de Natal como um todo seria algo incorreto, uma vez que o presente trabalho analisou uma amostra reduzida para tais propósitos. Qualquer tipo de extrapolação poderá induzir a reprodução de dados e informações não consistentes. Contudo, estes resultados preliminares apresentados neste trabalho mostram que o consumo dos anorexígenos na área estudada foi similar ao relatado em outros trabalhos.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Rede de Farmácias, na pessoa do seu presidente, pelo total apoio à realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO Consultation on Obesity. *Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneva: World Health Organization, 1998.
2. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Portaria nº 344/98 – SVS/MS de 12 de maio de 1998. Aprova Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Organização Jurídica da Profissão Farmacêutica, Conselho Federal de Farmácia*. 2. Ed., Brasília, 1999/2000.
3. GORTMAKER, S.L.; MUST, A.; PERRIN, J.M.; SOBOL, A.M.; DIETZ, W.H. *Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood*. N Engl J Med. v.12, p.329-1008, 1993.
4. BRAY, GA. *Obesity – a time bomb to be refused*. Lancet. v.1, p.352-160, 1998.
5. PRENTICE, A.M.; JEBB, A.S. *Obesity in Britain: gluttony or sloth*. Br Med J. v.9, p.311-437, 1995.
6. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA) *Parecer técnico-científico do Grupo Assessor de Estudos sobre Medicamentos Anorexígenos*. D.º21/07/2002. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/informes/informe2.htm>. Acesso em: 01 jun. 2006.
7. LIMA, M.S. de; BERIA, J.U.; TOMASI, E.; MARI, J.J. *Use of amphetamine-like appetite suppressants: a cross-sectional survey in Southern Brazil*. Subst Use Misuse. v.9, p.33-1711, 1998.
8. GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R., CARLINI, E.A. *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); 1997.
9. KOROLKOVAS, A.; BURCKHALTER, J. H. *Química farmacêutica*. 1.Ed., São Paulo: Guanabara Koogan, 1988. p.263-277.
10. MOFFAT, A.C.; OSSELTON, M.D.; WIDDOP, B. *Clarke's analysis of drug and poisons*. 3ed., v.2. London: Pharmaceutical Press, 2004. 1935p.
11. OSTERLOCH, J.D.; BECKER, C.E. *Chemical dependency and drug testing in the workplace*. West. J. Med., San Francisco, v.152, n.5, p.506-513,1990.
12. CODY, J.T.; VALTIER, S. *Detection of amphetamine following administration of femproporex*. J. Anal. Toxicol., Niles, v.20, p.425-431, 1996.
13. VALTIER, S.; CODY, J.T. *Metabolic production of amphetamine following administration of clobenzorex*. J. Forensic Sci., West Conshohocken, v.44, p.17-42, 1999.
14. INTERNATIONAL NARCOTIC CONTROL BOARD. *Psychotropic substances: statistics for 1996*. s.n.t. 258p.
15. NOTO, A.R. et al. *Analysis of prescription 113 and dispensation of psycotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil*. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v.24, p.68-73, 2002.
16. SILVA, O.A.; YONAMINE, M.; ANTUNES, C.L.G.; GREVE, J.M.D. *Femproporex abuse by truck drivers in Brazil*. In: XXXVI TIAFT, 1998, New Mexico. *Proceedings*, New Mexico: Society of Forensic Toxicologists and The International Association of Forensic Toxicologists, 1998. p.336-339.
17. DRUMMER, O.H.; ODELL, M. *The forensic pharmacology of drugs of abuse*. London: Arnold, 2001. 462p.
18. MARIZ, S.R.; SILVIA, R.M.A.; FERREIRA, J.C.; MORAES, O.K.D.N.; SILVEIRA, L.M.S. *Avaliação preliminar das dispensações de anorexígenos em São Luís – Maranhão*. Infarma, v.14, n.9-10, p66-60, 2002.
19. ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.G.; SANTOS, V. *Prescrição de psicotrôpicos: Avaliação das informações contidas em receitas e notificações*. Rev. Bras. Cienc. Farm, v.40, n.4, p.471-479, 2004.
20. CARNEIRO, M.F.G.; GUERRA-JUNIOR, A.F.; ACURCIO, F.A. *Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrôpicos anorexígenos em Belo horizonte, Minas Gerais, Brasil*. Cad. Saúde Pública, v.24, p.1763-1772, 2008.
21. 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, p.32-37, 2008.
22. BORGES, G.P.M.; BELO, T.; VIEIRA, G.M.M.; VIEIRA, J.R.S. *Análise dos receituários de medicamentos psicotrôpicos anorexígenos em uma rede privada de farmácia de Belém – Pará*. Infarma, v.20, p.26-30, 2008.