

ANÁLISE DOS RECEITUÁRIOS DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS ANOREXÍGENOS EM UMA REDE PRIVADA DE FARMÁCIA DE BELÉM-PARÁ

GIOVANA PATRÍCIA MOURA BORGES¹
TELMAJARA BELO¹
GEORGETE MARIA MOURA VIEIRA²
JOSÉ RICARDO DOS SANTOS VIEIRA³

1. Pós-graduanda do Curso de Especialização em Atenção Farmacêutica do Centro Universitário do Pará – CESUPA
2. Professora do Curso de Farmácia do Centro Universitário do Pará – CESUPA
3. Professor do Centro de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Pará – UFPA

Autor responsável: J.R.S. Vieira.
E-mail: jrvieira@ufpa.br

INTRODUÇÃO

Psicotrópicos anorexígenos são fármacos que provocam anorexia, isto é, redução ou perda de apetite. São indicados como adjuvantes no tratamento da obesidade e não se recomenda seu emprego como tratamento primário para promover a perda de peso. A obesidade é definida como um aumento no peso do corpo de mais de 30% do peso normal, devido ao acúmulo excessivo de gordura no corpo (ALLISON et al., 2001; CAMPBELL, 2003).

Os psicotrópicos anorexígenos também podem aumentar a eficácia de outras medidas para redução do peso (p.ex.: dieta e exercícios físicos) e são considerados auxiliares do tratamento em curto prazo; não devem ser usados por mais tempo do que o requerido e, apesar de não se conhecer exatamente seu mecanismo de ação, julga-se que o efeito principal é sobre o centro de controle do apetite, no hipotálamo, resultando na redução da fome por alteração do controle químico da transmissão do impulso nervoso (GALICIA & SIMAL, 2006).

Apesar do uso excessivo dos psicotrópicos anorexígenos, sua influência no tratamento da obesidade não é significativa quando se analisa o problema de modo global. Esses medicamentos podem se tornar perigosos pelas suas reações adversas e possibilidade de criar dependência psíquica e física, aspectos que são agravados pela automedicação e prescrição verbal de amigos e parentes (NOTO et al., 2002).

A utilização de medicamentos para o tratamento da obesidade é uma opção terapêutica sujeita a críticas devido a vários fatores como, por exemplo, uso irracional, generalização na prescrição dos medicamentos, abusos na comercialização da orientação do tratamento clássico, tais como, dieta hipocalórica, aumento da atividade física

programada ou não programada, técnicas de modificação comportamental (MANCINI & HALPERN, 2002)

No Brasil, a Lista B2 da portaria 344/98 MD/VS discrimina sete substâncias como psicotrópicos anorexígenos, (anfepromona, femproporex, manzidol, aminorex, fendimetrazina, fentermina e mefenorex) (BRASIL, 1998). O prescritor deve sempre considerar os aspectos e princípios legais na elaboração de sua prescrição medicamentosa previstos na legislação vigente, que estabelece procedimentos de controle e fiscalização das substâncias e medicamentos psicotrópicos anorexígenos, segundo as recomendações constantes no Quadro 1.

De maneira adicional, a portaria 1477/97 do Conselho Federal de Medicina também estabelece as normas para a prescrição de medicamentos psicotrópicos anorexígenos e as formas adequadas de dispensação desses medicamentos (BRASIL, 1997).

Os psicotrópicos anorexígenos vêm sendo largamente utilizados como coadjuvantes no tratamento da obesidade, estimulados por técnicas de vendas, que na maioria das vezes ignoram orientações farmacológicas necessárias à sua utilização (NAPPO & CARLINI, 1994). Desta forma, o cumprimento dos requisitos para a prescrição, além de ser uma exigência legal do prescritor, constitui-se em importante ação do farmacêutico na dispensação de psicotrópicos anorexígenos, uma vez que erros detectados nas prescrições desses medicamentos são freqüentes em farmácias brasileiras (NAPPO et al. 1998; NOTO et al. 2002; ANDRADE et al., 2005).

Prescrições formuladas, dispensadas ou administradas de maneira incorreta, de maneira geral, são responsáveis por grande número de reações adversas relatadas no mundo inteiro (WHO, 2000; SCARSI et al., 2002; INCB, 2005). Erros em receituários de medicamentos psicotró-

Quadro 1. Aspectos e princípios legais na elaboração de sua prescrição medicamentosa

EXIGÊNCIAS	RECEITA B
COR DA RECEITA	Azul
LISTAS	B2 – psicotrópicos anorexígenos (anfepriamo, mazindol e femproporex)
TALONÁRIO	Numeração fornecida pela Autoridade Sanitária e confecção a encargo do profissional.
O QUE DEVE CONSTAR NA RECEITA	<ul style="list-style-type: none">- Sigla da unidade da federação;- Identificação numérica;- Identificação do emitente;- Identificação do usuário;- Nome do medicamento ou da substância prescritos sob a forma de Denominação comum Brasileira (DCB), dosagem, forma farmacêutica, quantidade (algarismos arábicos e por extenso);- Data da emissão;- Assinatura do prescritor;- Identificação do comprador;- Identificação do fornecedor;- Identificação do registro;- Identificação da gráfica.
VALIDADE	30 dias. Válida somente dentro da Unidade Federativa.
QUANTIDADE PERMITIDA POR RECEITA	Quantidade correspondente para 60 dias de tratamento, no máximo.
OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES	As receitas só poderão conter uma substância ou medicamento por receita.

Fonte: Adaptado de BRASIL (1998).

pícos anorexígenos constitui um grave problema de saúde pública em vários países, em especial no Brasil (FERREIRA et al., 2002). Desta forma, o aprimoramento pelas farmácias da forma de acompanhamento do paciente que faz uso de psicotrópicos anorexígenos, pode melhorar o uso racional desses medicamentos, colaborando para informar os efeitos adversos, trazendo melhores resultados em melhor tempo.

MATERIAL E MÉTODOS

Amostra

Foram coletadas e analisadas as prescrições de medicamentos psicotrópicos anorexígenos (Lista B2 segundo a Portaria 344/98 do Ministério de Saúde e Vigilância Sanitária de 12 de maio de 1998) retidas durante o mês de junho de 2006 em 49 farmácias da rede privada ExtraFarma situadas na região metropolitana de Belém, dentre as 70 da rede no Estado do Pará. As farmácias foram caracterizadas de acordo com os critérios utilizados pela rede (produtos comercializados, faturamento da loja, público e localização).

Coleta de dados

Como o artigo 108 da portaria 344/98 estabelece a competência do Estado no controle dos medicamentos psicotrópicos anorexígenos, os dados das prescrições foram obtidos após autorização da administração da rede

ExtraFarma e do farmacêutico responsável dos estabelecimentos pesquisados para obtenção do levantamento estatístico para fins científicos e não como forma de controle oficial dos dados levantados.

Processamento dos dados

As informações presentes nas prescrições foram organizadas em planilha eletrônica no programa MSOffice® Excel 7.0 e ordenados de acordo com informações pertinentes ao medicamento (nome do medicamento, unidade posológica, forma farmacêutica e dosagem), ao paciente (gênero inferido pelo nome, endereço) e do prescritor (data da prescrição, identificação do emitente, procedência e especialidade). A especialidade do prescritor foi inferida pelos dados do carimbo e/ou no campo “identificação do emitente” e, quando não informada na receita, foi definida como “Clínico Geral”. Os dados foram tratados uniformemente e os resultados apresentados em forma percentual.

RESULTADOS

Apenas três dos seis medicamentos psicotrópicos anorexígenos são comercializados na rede de farmácia em estudo, em diferentes concentrações e apresentações, conforme detalhado na Tabela 1. As farmácias da rede são classificadas de acordo com critérios mercadológicos em quatro categorias (AA, A, B e C).

Tabela 1. Apresentação farmacêutica dos medicamentos psicotrópicos anorexígenos comercializados em uma rede de farmácias de Belém-Pará.

Base	Nome comercial	Apresentação*	Classe da Farmácia**				Total	%
			AA	A	B	C		
Anfepramona	Dualid S®	20 cap (75mg)	06	15	06	13	40	35,1
Anfepramona	Hipofagin S®	20 com (75mg)	00	03	00	00	3	2,6
Anfepramona	Inibex S®	20 com (25mg)	01	10	01	01	13	11,4
		20 com (50mg)	01	03	00	00	4	3,5
		20 com (75mg)	02	10	01	00	13	11,4
Femproporex	Desobesi M®	30 cap (25mg)	04	07	01	04	16	14,0
Manzidol	Absten S®	20 com (1mg)	00	08	04	03	15	13,2
Manzidol	Fagolipo®	20 com (2mg)	01	05	02	02	10	8,8
Total			15	61	15	23	114	100

* Número de cápsulas (cap) ou comprimidos (com) por caixa.

** As farmácias são classificadas por critérios mercadológicos: AA = comercializa 100% dos produtos da rede; são mais elitizadas e atingem todos os públicos, principalmente classe média-alta; A = comercializa 85% dos produtos da rede; possuem bom faturamento e localização; B = lojas com faturamento mais fraco; C = não comercializa produtos de altos valores; o faturamento é bom mas a localização é na periferia.

Anfepramona foi o medicamento mais comercializado, representando mais da metade (64%) dos psicotrópicos anorexígenos dispensados em todas as farmácias da rede, quando agrupados os valores correspondes às cinco apresentações disponíveis. Manzidol, em suas duas apresentações, foi o segundo mais dispensado (22%). Femproporex, em sua única apresentação comercializada pela rede, correspondeu a 14% dos anorexígenos psicotrópicos dispensados (Tabela 1).

A anfepramona mais usada (35,1%) dentre os psicotrópicos anorexígenos (Dualid S® 75mg) tem o valor mais acessível quando comparado às demais anfepramonas, o que pode justificar a maior quantidade de receitas prescritas. Da mesma forma, a forma farmacêutica contendo femproporex (Desobesi M® 25mg) responsável por 14% das prescrições dispensadas, possui valor também considerado baixo quando observado a quantidade de cápsulas (30 cápsulas), enquanto que as outras apresentações contêm apenas 20 comprimidos. Em terceiro lugar, um mazindol com 13,2% de receitas atendidas (Absten S® 1mg) é o medicamento psicotrópico anorexígeno de menor preço comercializado na rede de farmácias em estudo. Os medicamentos de preços mais altos foram os de que possuíram menor número de prescrições.

As farmácias de classe A apresentaram maior volume de prescrição do que as de classe AA, consideradas como de maior faturamento pelos critérios da rede de farmácia. Da mesma forma, as farmácias de classe B e C apresentaram um volume de venda maior ou semelhante às de farmácias de classe A, apesar de serem consideradas como de menor faturamento pelos critérios mercadológicos da classificação

Foi observado que os medicamentos psicotrópicos anorexígenos foram prescritos seis vezes mais para mulheres (86%) do que para homens (14%) e a maioria das prescrições foi oriunda de consultas particulares (58,8%) (Figura 1).

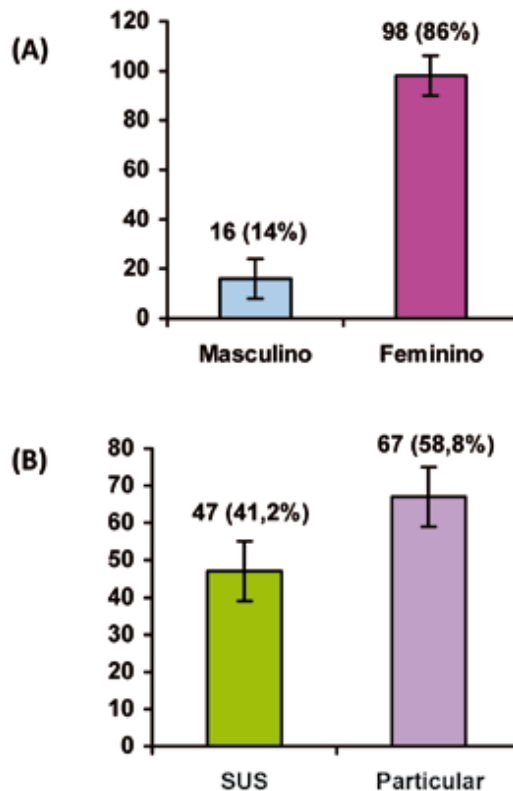


Figura 1. Distribuição por gênero (A) e origem (B) das prescrições de medicamentos psicotrópicos anorexígenos em uma rede de farmácia de Belém-Pará no mês de julho/2006.

Todas as prescrições foram escritas à mão e metade delas foi emitida por médicos categorizados como “clínico geral”, seguido por endocrinologistas (20,2%), ginecologistas (7,9%), psiquiatras (5,3%) e demais especialidades médicas que, conjuntamente, somam 16,6% das prescrições, como pode ser observado na Tabela 2. Todas as receitas continham informações sobre a gráfica responsável pela impressão dos talonários de receita, quantidade dos medicamentos a serem dispensados, carimbo e assinatura do prescritor.

Tabela 2. Distribuição por especialidade médica das prescrições de medicamentos psicotrópicos anorexígenos dispensados em uma rede de farmácias de Belém-Pará no mês de junho/2006.

Especialidade médica	Prescrição	(%)
Clínico Geral	57	50,0
Endocrinologista	23	20,2
Ginecologista	9	7,9
Psiquiatra	6	5,3
Trabalho	4	3,5
Cardiologista	4	3,5
Pediatra	3	2,6
Cirurgião plástico	3	2,6
Dermatologista	3	2,6
Anestesiata	1	0,9
Traumatologista	1	0,9
Total	114	100,0

Tabela 3. Erros encontrados nas prescrições de medicamentos psicotrópicos anorexígenos em uma rede de farmácias de Belém-Pará no mês de junho/2006.

Erros	Nº de prescrições	%
Endereço do paciente	88	43,3
Data da prescrição	42	20,7
Forma farmacêutica	25	12,3
Posologia	20	9,9
Dosagem	19	9,4
Identificação do emitente*	7	3,4
Nome do paciente	2	1,0
Quantidade dos medicamentos	0	0
Carimbo e/ou assinatura do prescritor	0	0
Informação da gráfica responsável pela impressão	0	0
Total	203	100,0

* dados incompletos, somente com o carimbo médico ou manuscrito.

A falta de informação do endereço do paciente foi o erro mais comum identificado nas prescrições analisadas (43,3%), seguido pela ausência de informação da data da prescrição (20,7%) e da forma farmacêutica (12,9%). Também foi observado que várias prescrições não tinham informação sobre a posologia (9,9%) e a dosagem (9,4%). Em algumas prescrições, observou-se que foi omitido a identificação do emitente (3,4%) e o nome do paciente (1%) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A prescrição de medicamentos psicotrópicos anorexígenos é a principal forma de conexão entre o prescritor e o profissional farmacêutico responsável pela dispensação e orientação do paciente na forma correta de administração do medicamento (SCARSI et al., 2002). Uma prescrição bem elaborada não deve deixar dúvidas quanto à sua dispensação e forma de dispensação e é um importante instrumento para a racionalização do consumo de medicamentos (WHO, 2000).

Pela grande quantidade de erros nas prescrições avaliadas no presente estudo, percebe-se que não tem sido cumprido, por grande parte dos médicos, a Portaria 344/98 da ANVISA bem como a portaria 1477/97 do CFM que estabelecem as normas para prescrição de medicamentos psicotrópicos anorexígenos e aviação de receitas.

Como todas as prescrições foram feitas à mão, puderam ser observados problemas relacionados à escrita ilegível, ambigüidade ou a omissão de informações fundamentais para a correta dispensação.

A falta de informação do endereço do paciente foi o “erro” mais comum identificado nas prescrições analisadas (43,3%). No entanto, havendo a necessidade de contatar com paciente após a dispensação, essa informação pode ser adquirida pela identificação do comprador preenchida pelo farmacêutico em campo próprio na receita no momento da dispensação.

O número elevado de receitas sem a informação da data de emissão (20,7%), favorece ao paciente decidir a data da compra do medicamento, o que se configura um grave erro, uma vez que a decisão do prazo da dispensação é estabelecida em 30 dias pela portaria 344/98 após a data de prescrição da receita. Este fato favorece o uso irracional do medicamento, uma vez que o medicamento poderá ser dispensado a qualquer tempo.

A falta de informação da forma farmacêutica em 12% das receitas analisadas, apesar de ser uma informação relevante, não configura um grave erro uma vez que todos os medicamentos comercializados são na forma de comprimidos ou cápsulas ou que não trará maiores dificuldades do uso pelo paciente. Porém, a falta de informação da posologia em cerca de 10% das receitas é uma falta

grave, pois pode levar a administração do medicamento em dosagem ineficaz, causando desde o aumento de reações adversas ou até a diminuição do resultado esperado (dosagens subterapêuticas ou supratherapêuticas). A informação correta da dosagem dos medicamentos Hipofagin S® e Inibex® é imprescindível, uma vez que possuem várias apresentações, o que não acontece com os demais medicamentos.

Era de se esperar que o maior número de prescrições fosse oriundo de médicos endocrinologistas por se tratar da especialidade médica mais ligada ao tratamento da obesidade. O resultado 50% de prescrições por médicos classificados como “clínico geral” pode estar superestimado, pois todo o médico antes de obter sua especialidade é um clínico geral e, portanto pode não ter especificado sua especialidade na prescrição o que pode justificar esse resultado elevado.

Prescrições feitas por especialistas como traumatologistas, anestesistas, dermatologistas, pediatras e médico do trabalho não deviam ser usuais, pois estas especialidades não estão relacionadas diretamente ao tratamento da obesidade, apesar de não poderem ser questionadas, uma vez que não há obrigatoriedade de ser especialista para prescrever este tipo de medicamento. No entanto, a alta incidência desses profissionais como prescritores pode sugerir que algumas receitas não são oriundas de consultas realizadas em consultório médico especificamente para o fim de tratamento da obesidade.

Os critérios mercadológicos podem ser observados como influenciadores da prescrição, uma vez que os medicamentos de menor custo foram os mais prescritos em contraste com os de maior preço que apresentaram baixo número de prescrições. Uma observação digna de nota foi que as farmácias classificadas como AA (alta frequência de clientes de classe alta), comercializaram um número muito menor que as demais, consideradas de menor faturamento.

A observação de que as mulheres foram as que mais apresentaram prescrições de psicotrópicos anorexígenos pode estar relacionada ao grande apelo atual do modelo estético feminino a formas esbeltas, o que geraria uma maior procura a tratamentos de redução de peso. Como a maioria das prescrições foi oriunda de consultas particulares, pode-se inferir que mulheres de maior poder aquisitivo são as responsáveis pela maior parte da clientela de psicotrópicos anorexígenos da rede de farmácia em estudo.

Os critérios mercadológicos de classificação das farmácias são importantes para direcionar um estudo sobre a prescrição dos medicamentos psicotrópicos anorexígenos dentro de um sistema com a finalidade da melhoria da qualidade do atendimento de pacientes, permitindo o conhecimento do perfil da clientela associando as vantagens da melhoria da assistência farmacêutica com o faturamento

da rede. O farmacêutico pode ser o agente do estímulo ao aumento da qualidade das prescrições, estabelecendo um contato direto com o paciente e com o prescritor quando for detectado alterações nas prescrições que podem, potencialmente, levar a prejuízos para o paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLISON D.B.; FONTAINE K.R.; HESHKAS S.; MENTORE J.R.; HEYMSFIELD S.B. Alternative treatments for weight loss: a critical review. *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.* v.41, n.1, p.1-28, 2001.
2. ANDRADE M.S.; SILVEIRA Y.; CORRER C.J.; CARVALHO M.S. Caracterização das prescrições médicas dos medicamentos anorexígenos em uma farmácia de manipulação de Belém (PA). Monografia de Especialização. Centro Universitário do Pará. 12p, 2005.
3. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Portaria 1477 de 11 de outubro de 1997.
4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1998.
5. CAMPBELL I. The obesity epidemic: can we turn the tide? *Heart* v.89, n.2, p.2-24, 2003.
6. FERREIRA F.C.; SOUZA J.A.; AYACHE D.C.G. Psicofarmacologia. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.24, n.2, p.94-97, 2002.
7. GALICIA M.I. & SIMAL A.A. Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Sistema Nacional de Salud* 26(5). Disponível em <<http://www.msc.es/farmacia/infmedic>> Acesso em: 20 de dezembro de 2006.
8. INCB (International Narcotics Control Board). Report of international narcotics control board for 2005. New York: United Nations, 2005.
9. MANCINI M.C. & HALPERN A. Pharmacological Treatment of Obesity. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* v.46, n.5, p.497-512, 2002.
10. NAPPO S. & CARLINI E.A. Anoréticos: situação atual no Brasil. *Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.* v.38, n.2, p.69-75, 1994.
11. NAPPO A.S.; OLIVEIRA E.M.; MOROSINI S. Inappropriate prescribing of compound antiobesity formulas in Brazil. *Pharmacoepidemiol. Drug Safety* v.7, p. 207-12, 1998.
12. NOTO A.R.; CARLINI E.A.; MASTROIANNI P.C.; VANETE C.A.; GALDURÓZ J.C.F.; KAUROIWA W.; CSIZMAR J.; COSTA A.; FARIA M.A.; HIDALGO S.R.; ASSIS D.; NAPPO S.A. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.24, n.2, p.68-73, 2002.
13. SCARSI K.; FOTIS M.; NOSKIN G. Pharmacist participation in medical rounds reduces medications errors. *Am. J. Health Sys. Pharm.* v.59, p.2089-2092, 2002
14. World Health Organization. Program of rational use of drugs. Geneva: WHO, 2000.