



Análise das prescrições de medicamentos usados no tratamento da obesidade dispensadas em drogaria no município de Ijuí- RS

Oliveira, K.R.^{1*}; Buzanelo, V.V.²

¹Docente orientadora, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, UNIJUI, Ijuí, RS, Brasil.

²Acadêmica do Curso de Graduação em Farmácia do DCSa da UNIJUI

Recebido 28/10/2010 / Aceito 20/06/2011

RESUMO

Uma prescrição é um documento que deve permitir a interlocução entre prescritor, dispensador e usuário em prol do uso correto e racional de medicamentos, para tanto, precisa cumprir alguns requisitos. O objetivo deste estudo foi verificar o cumprimento de alguns dos aspectos legais nas prescrições/notificações de medicamentos usados no tratamento da obesidade aviadas numa drogaria no município de Ijuí/RS e discutir sua repercussão na dispensação e utilização destes medicamentos. Foram analisadas 80 prescrições, onde as principais informações ausentes foram endereço do usuário (95%), prescrição do medicamento pela DCB (80%), forma farmacêutica (67%), posologia (13,75%) e data da emissão (15%). Entre elas destacou-se a ausência da posologia, que pode levar a administração de uma dose ineficaz do medicamento, desencadeando reações adversas ou diminuindo o resultado esperado. Os resultados apontam um conjunto de riscos relacionados a terapia medicamentosa da obesidade, indicando a necessidade de reavaliação da conduta de todos os sujeitos envolvidos no processo: usuários, prescritores, dispensadores e órgãos fiscalizadores. Destaca-se a importância da educação continuada de prescritores e dispensadores frente aos aspectos éticos que norteiam a prescrição e dispensação de medicamentos, principalmente quando se trata de medicamentos sujeitos a controle especial que devem servir de suporte para uma terapia que vai além do uso de medicamentos.

Palavras chaves: Medicamentos para obesidade. Prescrições. Legislação farmacêutica.

INTRODUÇÃO

A obesidade corresponde basicamente a um estado de deposição de gordura excessiva no organismo, caracterizada pelo aumento do peso corporal (Viana & Rates, 2004). Entre os fatores que favorecem seu desenvolvimento os autores destacam: condições sócio-econômicas, hábitos alimentares, distúrbios endócrinos, problemas psicológicos e fatores genéticos. Salientam também, que várias doenças crônicas como diabetes mellitus (DM), doença coronariana, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e alguns tipos de câncer estão relacionados à obesidade.

Por outro lado, no mundo moderno a beleza estética está relacionada com um modelo de corpo extremamente magro, o que resultou na busca excessiva de alternativas eficazes para perda de peso em curto prazo. Destacando-se neste contexto, o uso orientado ou não de medicamentos, principalmente pela fácil administração e efeito rápido (Fisberg, 2004). Dessa forma os medicamentos para o tratamento da obesidade estão entre os que registraram maior aumento de consumo nos últimos anos, colocando o Brasil como um dos maiores consumidores deste tipo de produto (Abeso, 2003).

No Brasil estão registrados cinco medicamentos para tratar a obesidade: dietilpropiona (anfepromona), femproporex, mazindol, sibutramina e orlistat (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - SBEM, 2006). Os três primeiros são denominados anorexígenos porque atuam no sistema nervoso central (SNC) promovendo a liberação de noradrenalina e dopamina e/ou serotonina, que inibem o centro controlador do apetite. Além disso, esses medicamentos modificam as taxas de metabolismo, diminuindo a síntese de gorduras e aumentando a sua decomposição (Viana & Rates, 2004). A sibutramina também atua no SNC bloqueando a receptação de noradrenalina, serotonina e dopamina (Schatzberg et al., 2009) enquanto o orlistat atua no trato gastrointestinal inibindo a ação da enzima responsável pela quebra dos triglicerídeos, portanto, apresenta efeito periférico (Viana & Rates, 2004).

Tendo em vista que esses fármacos, exceto o orlistat, atuam sobre o SNC, são classificados como psicotrópicos

Autor correspondente: Karla Renata de Oliveira - Curso de Farmácia Departamento de Ciências da Saúde - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - Rua do Comércio, nº 3000 - Bairro Universitário - CEP:98700-000 - telefone (fax): (55) 3332 0200 - Ijuí - RS Brasil - e-mail: karla@unijui.edu.br

e devem ser utilizados exclusivamente sob prescrição e acompanhamento médico (Brasil, 1998).

No Brasil, o comércio de medicamentos psicotrópicos é regulado pela Portaria nº 344/1998, que entre outros estabelece que os medicamentos que contêm fármacos anorexígenos pertencem à Lista B2 e devem ser dispensados mediante apresentação de notificação de receita B (Brasil, 1998). A sibutramina passou a integrar a mesma lista a partir de março de 2010 (Brasil, 2010).

A notificação de receita B é expedida pela autoridade sanitária competente dos Estados, Municípios e Distrito Federal e deve seguir um modelo padrão que contém itens essenciais que devem ser preenchidos pelo prescritor obrigatoriamente e observados pelo dispensador (Brasil, 1998). No que se refere à dispensação, a mesma Portaria estabelece que a farmácia ou drogaria somente deveria dispensar um medicamento anorexígeno, quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos. A Notificação deve ser retida pela farmácia e a receita devolvida ao usuário carimbada, como comprovante da dispensação. Dessa forma, é fundamental que o prescritor forneça ao usuário além da Notificação a receita que ficará de posse do usuário, que poderá recorrer à mesma em caso de dúvidas quanto ao tratamento, além de ser usada como fonte de informação para o farmacêutico dispensar o medicamento.

No que se refere aos usuários de medicamentos indicados para o tratamento da obesidade, estes muitas vezes ignoram o risco e consideram exclusivamente o benefício da utilização destes produtos, por desconhecerem os efeitos adversos e possíveis interações medicamentosas (Felix et al., 2003). Entretanto, a SBEM (2006) recomenda o uso destes medicamentos para pessoas com Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 30 kg/m² ou superior a 25 kg/m², acompanhado de outras situações clínicas, como HAS, DM tipo II, ou como uma alternativa para aqueles que apresentam IMC elevado e não perderem peso com planos alimentares e de atividade física. Por outro lado estudos como o de Noto et al., (2002) realizado em dois municípios do Estado de São Paulo, confirmam o uso irracional e inadequado de psicotrópicos entre os quais se destacam os anorexígenos.

Neste contexto, Arrais et al., (2007) destacam que ter acesso a assistência médica e a medicamentos não implica necessariamente em melhores condições de saúde ou qualidade de vida, pois os maus hábitos prescritivos, as falhas na dispensação e a automedicação inadequada podem levar a tratamentos ineficazes e pouco seguros.

O objetivo deste estudo foi verificar a adequação das prescrições/notificações contendo medicamentos indicados para o tratamento da obesidade aviadas numa drogaria do município de Ijuí/RS em relação ao que preconiza a Portaria nº 344/1998 e a repercussão na dispensação e utilização destes medicamentos.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo e amostra

Foi realizado um estudo transversal de caráter quantitativo e descritivo. A amostra foi constituída por todas as prescrições/notificações contendo medicamentos anorexígenos aviadas no local do estudo entre setembro

e novembro de 2009, mediante autorização do portador e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Destaca-se que foram incluídas no estudo além das notificações de receita B, as prescrições (Receitas de Controle Especial, Brasil, 1998) porque no período do estudo o fármaco sibutramina fazia parte da lista C1 da Portaria nº 344/1998.

Coleta de dados e local do estudo

A coleta de dados foi realizada numa drogaria situada na região central do município de Ijuí-RS, a qual faz parte de uma rede com mais 110 estabelecimentos farmacêuticos distribuídos parte no Rio Grande do Sul e parte em Santa Catarina. A escolha do local para o desenvolvimento da pesquisa, se deve ao fato deste ser o local de trabalho de uma das pesquisadoras, a qual realizou a coleta dos dados.

Foi elaborado um formulário no qual foram registradas a presença ou ausência dos itens obrigatórios em cada prescrição/notificação além da especialidade do prescritor. Os dados referentes a idade e sexo do usuário foram solicitados durante a dispensação do medicamento e anotados no verso da prescrição/notificação. Entre os itens obrigatórios para as prescrições/notificações listados no Art. 36º da Portaria nº 344/1998 foram avaliados os que seguem: identificação do emitente, endereço do consultório, número da inscrição no Conselho Regional, assinatura do prescritor, nome e endereço completos do usuário, nome do medicamento prescrito sob forma de DCB, dosagem ou concentração, posologia, número de unidades prescritas em algarismos arábicos e por extenso, data da prescrição e forma farmacêutica. Esta última foi considerada ausente quando do uso de abreviaturas. A análise do conteúdo das prescrições e o respectivo registro no formulário foram realizados no final de cada turno de trabalho pela pesquisadora. Os dados obtidos foram digitados em planilhas do Excel® para a realização dos cálculos e apresentados como média e percentual.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUI, sob o Parecer Consubstanciado nº 258/2009.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 80 prescrições e/ou notificações de receita de medicamentos indicados para o tratamento da obesidade aviadas na drogaria no período do estudo. Através das quais se verificou que as mulheres com idades entre 20 e 40 anos são as principais usuárias destes produtos (Tabela 1) e que o medicamento mais prescrito foi sibutramina (76%), seguido de femproporex (12%), anfepramona (9%) e manzidol (3%).

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos usuários de medicamentos indicados para o tratamento da obesidade conforme o sexo e faixa etária.

Tabela 1. Distribuição dos usuários de medicamentos indicados para o tratamento da obesidade conforme sexo e faixa etária (n=80).

Faixa etária em anos	Mulheres % (n)	Homens % (n)
20-29	41,18 (28)	-
30-39	48,53 (33)	8,34(1)
40-49	8,82 (6)	50,00(6)
50 ou mais	1,47 (1)	41,66(5)
Total	100 (68)	100(12)

Com relação ao número de unidades (caixas) prescritas observou-se prevalência de uma unidade por prescrição/notificação com média de 1,62, com mínimo de uma e máximo de três caixas por prescrição/notificação.

A tabela 2 apresenta a distribuição das prescrições/notificações conforme o número de unidades prescritas, sendo que o número de unidades dispensadas foi igual ao número de unidades prescritas.

Tabela 2. Número de unidades de medicamentos por prescrição/notificação (n=130).

Número de unidades prescritas	Número de prescrições/notificações % (n)
Uma caixa	52,50 (42)
Duas caixas	32,50 (26)
Três caixas	15,00 (12)
Mais de três caixas	-
Total	100,00 (80)

A Tabela 3 apresenta a frequência dos itens obrigatórios nas prescrições/notificações analisadas.

Tabela 3. Frequência dos itens obrigatórios nas prescrições/notificações analisadas.

Itens obrigatórios avaliados	% (f)
Identificação do emitente	97,50 (78)
Endereço do consultório	80,00 (64)
Número da inscrição no Conselho Regional	95,00 (76)
Nome e endereço completos do usuário	5,00 (4)
Nome do medicamento prescrito sob forma de DCB	20,00 (16)
Dosagem ou concentração	93,75 (75)
Forma farmacêutica	16,25 (13)
Posologia	86,25 (69)
Número de unidades prescritas em números arábicos e por extenso	100,00 (80)
Data da prescrição	85,00 (68)
Assinatura do prescriptor	97,50 (78)

Quanto à especialidade dos médicos responsáveis pelas prescrições analisadas verificou-se a prevalência de endocrinologistas, seguidos de clínicos gerais e ginecologistas, como mostra a Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição das prescrições segundo a especialidade médica (n=80).

Especialidade Médica	Número de prescrições	%
Endocrinologista	33	41,25
Clínico geral	21	26,25
Ginecologista	8	10,00
Clínico cirúrgico	7	8,75
Neurologista	4	5,00
Cirurgião plástico	3	3,75
Hematologista	2	2,50
Psiquiatra	1	1,25
Pneumologista	1	1,25
Total	80	100,00

DISCUSSÃO

As informações presentes nas prescrições/notificações são importantes para prevenir fraudes, falsificações, erros de medicação e o uso ilícito (Mastroianni, 2009), reduzir o risco de reações adversas e efeitos colaterais e ainda favorecem a adesão ao tratamento (Pecly et al., 2006).

Verificou-se a ausência de várias informações importantes em discordância com o que estabelece a

Portaria nº 344/1998, sendo o endereço completo do usuário uma das falhas mais frequentemente encontradas (Tabela 3). Um estudo realizado em estabelecimentos farmacêuticos de Salto/SP também evidenciou falhas no preenchimento do endereço do usuário em proporção elevada (90%) (Camargo et al., 2005). De acordo com Borges et al., (2008), embora o preenchimento deste item seja de competência do prescriptor, esta informação pode ser obtida pela identificação do comprador preenchida pelo farmacêutico no momento da dispensação. Neste contexto, destaca-se que na maioria das drogarias nem sempre o farmacêutico é responsável por este registro e que não há a obrigatoriedade de especificar se o comprador é o usuário do medicamento. Aldrigue et al., (2006), citam o tempo reduzido das consultas e o baixo índice de informatização como fatores que contribuem para a ausência deste item.

No que se refere às informações sobre os medicamentos, a ausência da forma farmacêutica foi observada em grande parte das prescrições/notificações analisadas (Tabela 3). Sendo que não foram consideradas as prescrições/notificações que continham este dado abreviado, pois o uso de abreviações pode implicar em erros na interpretação das prescrições. Ev et al., (2008) afirmam que estas podem gerar confusão por possuírem mais de uma interpretação ou por leitor não estar familiarizado com seu significado. Diante disso, sugerem o uso de abreviações quando for realmente necessário e que estas sejam aprovadas e padronizadas pelas unidades de saúde. No caso de drogarias, onde fica mais difícil a padronização, cabe ao dispensador muita atenção na interpretação das prescrições/notificações. Neste contexto Mastroianni (2009) destaca que a ilegibilidade também pode comprometer a comunicação entre o prescriptor e o dispensador e conseqüentemente conduzir a erros.

A ausência da forma farmacêutica configura um erro grave quando os medicamentos são comercializados em diferentes formas farmacêuticas e apresentações (Borges et al., 2008), o que não é o caso dos medicamentos indicados para o tratamento da obesidade, que estão liberados para uso adulto e disponíveis na sua maioria na forma de cápsulas e comprimidos não implicando em grandes dificuldades para a dispensação. Entretanto, não se pode desconsiderar que o preenchimento deste item é obrigatório nos documentos analisados (Brasil, 1998). A ausência deste item no presente estudo pode estar relacionada ao grande número de abreviações utilizadas pelos prescritores.

A posologia é imprescindível para a correta administração do medicamento, uma vez que a modificação do intervalo entre as doses pode implicar em aumento das reações adversas ou redução do resultado esperado (dosagens subterapêuticas ou supratrapêuticas) (Borges et al., 2008). Destaca-se que, quando o medicamento prescrito for um anorexígeno estão previstos efeitos sobre o sistema cardiovascular causando taquicardia e aumento da pressão arterial, além de dependência química e tolerância (Shatzberg et al., 2009). E com o uso da sibutramina boca seca, taquicardia, ansiedade, insônia que também podem ocorrer com o uso dos primeiros, além de constipação, sudorese e eventualmente, aumento da pressão arterial (Nonino-Borges et al., 2006).

A ausência da posologia foi observada em um número relativamente baixo das prescrições/notificações

analisadas no presente estudo (Tabela 3) e em 10% das prescrições dispensadas em farmácias da rede privada de Belém/PA (Borges et al., 2008). Entretanto, a ausência da posologia, dosagem e duração do tratamento, não só dificulta as possíveis orientações feitas pelos dispensadores, como também aumenta o risco potencial de utilização inadequada do medicamento (Ev et al., 2008).

Observou-se que a denominação comum brasileira (DCB) foi pouco utilizada nas prescrições analisadas o que também foi evidenciado por Andrade et al., (2004), que avaliaram receitas e notificações de psicotrópicos em farmácias de Ribeirão Preto/SP. Segundo Carmo et al., (2003), a prescrição por nome genérico faz parte das estratégias da Organização Mundial da Saúde (OMS) para aumentar o acesso da população ao medicamento e promover a sua utilização racional. De acordo com os autores o uso do nome comercial pode dificultar o acesso e diminuir a adesão ao tratamento. Girotto & Silva (2006) verificaram que 70% dos medicamentos dispensados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Iporã/PR foram prescritos pela denominação genérica. Ev et al., (2008), que avaliaram prescrições dispensadas em uma UBS de Ouro Preto/MG, constataram que em 10% das prescrições, os medicamentos foram prescritos pelo nome comercial. Os autores salientam que esperavam uma maior adesão a prescrição pela DCB, já que a Lei 9.787 de fevereiro de 1999 determina no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a obrigatoriedade da utilização de DCB ou, na falta desta, o uso da Denominação Comum Internacional (DCI). Embora sejam divergentes os resultados dos quatro estudos citados indicam que nem o sistema público nem privado de saúde têm considerado o uso da denominação genérica como uma ferramenta para a promoção do uso racional de medicamentos.

Com relação aos medicamentos prescritos, verificou-se prevalência de sibutramina provavelmente devido a elevada tolerabilidade deste fármaco em relação aos efeitos adversos previstos (Mancini & Halpern, 2002), bem como à ampla propaganda da indústria farmacêutica, apesar do elevado valor comercial deste em relação a outros anorexígenos (Romeu et al., 2008).

No que se refere ao número de unidades prescritas, verificou-se adesão dos prescritores ao que preconiza a Portaria nº 344/1998. Observou-se entre uma e três caixas por prescrição na amostra estudada (Tabela 2), o que não foi verificado em Belo Horizonte/MG, onde a quantidade mínima e máxima, foram respectivamente, uma e 12 caixas (Carneiro et al., 2008). Os autores ressaltam que este resultado sugere uma variabilidade preocupante nos protocolos de prescrição utilizados. Destaca-se que mesmo estando de acordo com a Portaria nº 344/1998, as prescrições que contêm mais de duas caixas de medicamentos anorexígenos não atendem o que preconiza a RDC nº 58/2007, no que se refere às doses diárias recomendadas. Segundo a referida Resolução, a notificação de Receita B2 poderá conter no máximo a quantidade para o tratamento correspondente a 30 dias e, acima destas, o prescritor deve preencher uma justificativa contendo o CID (Classificação Internacional de Doença) ou diagnóstico e posologia, datar, assinar e fornecê-la ao usuário, juntamente com a Notificação de Receita B, para aquisição do medicamento, o que não foi observado no presente estudo.

A data da prescrição, que representa a data da avaliação do usuário, não foi encontrada numa pequena parte das prescrições/notificações, sendo este um dado importante, principalmente quando se trata de medicamentos sujeitos a controle especial, cuja validade expira em 30 dias (Brasil, 1998). Segundo Borges et al., (2008), a ausência desta informação favorece o uso irracional de medicamentos, uma vez que o medicamento poderá ser dispensado a qualquer tempo, dessa forma caberá ao usuário decidir a data da compra e do uso do medicamento. E ainda, de acordo com Ev et al., (2008), a data da prescrição constitui um referencial fundamental para que os medicamentos sejam dispensados durante o período de tempo determinado para o uso, considerando que a duração do tratamento também seja estabelecida. Destaca-se que a falta deste item na prescrição/notificação, também pode indicar que o médico forneceu mais de uma prescrição/notificação de receita ao usuário, podendo o mesmo adquirir e utilizar o medicamento sem se submeter a reavaliação, ou fornecê-lo a outra pessoa. Neste sentido, foi verificado no presente estudo o aviamento de mais de uma prescrição para o mesmo usuário, prescrita pelo mesmo médico, contendo três caixas, sendo que a pesquisa se refere ao período de três meses.

Os dados do prescritor que estiveram presentes na maioria das prescrições analisadas (Tabela 4) são importantes para que o usuário e os órgãos fiscalizadores localizem, identifiquem ou até confirmem a idoneidade do profissional (Aldrigue et al., 2006). Concordamos com os autores e destacamos que esta informação também é importante para o farmacêutico que poderá discutir doses, posologia ou alertar o prescritor sobre o risco de interações com outros medicamentos que o usuário utilize.

Romeu et al., (2008), sugerem que a prescrição/notificação de medicamentos para casos específicos de tratamento de redução de peso, deva ser emitida por médicos endocrinologistas ou especialistas no assunto. Verificou-se no presente estudo que grande parte das prescrições foram emitidas por endocrinologistas, seguidos dos clínicos gerais (Tabela 4), o que também se observou em São Luís/MA (Mariz et al., 2002). Enquanto em uma rede de farmácias de Fortaleza/CE os clínicos gerais prescreveram mais que os endocrinologistas (52,9% e 16,7% respectivamente) (Romeu et al., 2008). Neste contexto, Aldrigue et al., (2008) salientam que a alta incidência desses profissionais como prescritores pode indicar que algumas receitas não se destinam especificamente para o tratamento da obesidade. Borges et al., (2008) reforçam que as prescrições emitidas por outros especialistas que não o endocrinologista não deveriam ser usuais, pois estes profissionais não estão relacionados diretamente ao tratamento da obesidade, entretanto não podem ser questionadas, pois não há obrigatoriedade de ser especialista para prescrever este tipo de medicamento.

Estudos como o de Santos et al., (2007) realizado em Goiânia/GO sinalizam que nem todas as prescrições de medicamentos anorexígenos se destinam ao tratamento específico da obesidade, quando identificaram um maior número de pessoas com IMC entre 20 e 25, usando medicamentos anorexígenos que as com IMC acima de 40. Destaca-se ainda que, esta prática está em desacordo com a SBEM (2006) que recomenda o tratamento farmacológico

para pessoas com IMC maior que 30, e/ou que apresentem alguma doença relacionada ao excesso de peso. Também segundo Borges et al., (2008), o uso de medicamentos no tratamento da obesidade deve sempre visar auxiliar o processo de mudança de estilo de vida e facilitar a adaptação às mudanças dietéticas. Os autores destacam que a farmacoterapia deve servir de suporte para o tratamento dietético e não como estrutura fundamental do tratamento da obesidade.

Com relação à amostra estudada verificou-se que as mulheres com idades entre 20 e 40 anos são as principais usuárias de medicamentos para o tratamento da obesidade, o que também se observou em estabelecimentos farmacêuticos de Fortaleza/CE (Romeu et al., 2008), Santa Maria/RS (Feltrin et al., 2009) e Belo Horizonte/MG (Carneiro et al., 2008) onde as mulheres representaram respectivamente 74,5%, 93,35% e 88% dos usuários de anorexígenos. Conforme Carazatto (2003) isto ocorre, provavelmente, porque as mulheres são influenciadas pela mídia e pela sociedade que cultua corpos extremamente magros. Feltrin et al., (2009) reforçam esta hipótese, evidenciando que novembro, outubro e dezembro, foram respectivamente, os meses do ano em que estes produtos foram mais dispensados. Segundo os autores, a maior exposição do corpo no verão influencia no aumento da procura por esse tipo de medicamento.

Neste contexto, Carneiro et al., (2008) alertam que vivenciamos uma situação crítica na condução dos tratamentos farmacológicos da obesidade que envolve falhas na racionalidade do uso, não seguimento dos tratamentos preconizados pelos compêndios disponíveis e banalização do uso destes medicamentos.

Franco et al., (2010) salientam que as autoridades de saúde têm demonstrado preocupação com a situação que se configura quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu uma notificação exclusiva para a prescrição de anfetaminas anoréxicas através da RDC nº 58/2007 e um sistema especial informatizado para o controle de produtos industrializados e insumos farmacêuticos controlados, o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC).

Abrantes et al., (2007) ressaltam que os estudos de hábitos de prescrição médica estão entre as estratégias de utilização e monitoração do uso de medicamentos. Segundo os autores, os hábitos de prescrição destes profissionais são indicadores da qualidade da terapia e diante disso, afirmam que os prescritores podem exercer importante papel na promoção do uso racional de medicamentos.

A adequação das prescrições aos parâmetros técnicos e legais significa a prevenção dos erros de medicação, enquanto sua inobservância compromete a eficácia e segurança do tratamento e a saúde do usuário de medicamentos (Borges et al., 2008). Mastroianni (2009) salienta que além da preocupação com o uso correto se faz necessário evitar o uso abusivo de medicamentos. De acordo com Abrantes et al., (2007), não basta o diagnóstico preciso e a seleção adequada do medicamento, se a prescrição não for completa em todos seus aspectos e rigorosamente elaborada.

Embora a amostra estudada seja limitada da mesma forma que o período de coleta de dados, foi possível verificar que nem todos os preceitos estabelecidos pela

legislação que regulamenta a prescrição e dispensação de medicamentos indicados para o tratamento da obesidade têm sido contemplados no local do estudo. Aspectos importantes relacionados às prescrições/notificações passam despercebidos, tanto para os prescritores quanto para os farmacêuticos, que têm o compromisso de informar o usuário sobre a utilização do medicamento, indicando a necessidade de reavaliação da conduta destes profissionais em relação a esta classe de medicamentos.

Segundo Pepe & Castro (2000), o farmacêutico tem um papel muito importante no que se refere à dispensação, ressaltando que o contato com este profissional representa uma das últimas oportunidades de, ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica. De acordo com os mesmos autores as responsabilidades, no momento da dispensação, são múltiplas, envolvendo questões de cunho legal, técnico e clínico. Segundo Galato et al., (2008) a dispensação faz parte do processo de atenção à saúde e deve ser considerada uma ação integrada do farmacêutico com os outros profissionais da saúde, em especial, com os prescritores.

Destaca-se a importância da educação continuada de prescritores e dispensadores frente aos aspectos éticos, que norteiam a prescrição e dispensação de medicamentos, principalmente quando se trata de medicamentos sujeitos a controle especial que devem servir de suporte para uma terapia que vai além do uso de medicamentos. Neste contexto, o farmacêutico poderia qualificar o processo de dispensação através do seguimento farmacoterapêutico para o planejamento e implementação dos cuidados para com o usuário, de forma a orientá-lo sobre a sua situação de saúde e medicamentos utilizados, oferecendo um serviço individualizado e planejado a partir de avaliações frequentes, mas principalmente contínuo para que possa contribuir para melhorar as condições de saúde das pessoas que realmente precisam fazer uso de inibidores do apetite.

O compromisso dos usuários também não pode ser desconsiderado, pois o uso destes medicamentos por mulheres jovens como foi evidenciado representa a exposição desnecessária destas a uma série de efeitos colaterais e riscos a saúde.

Assim, entende-se que se faz necessária uma discussão sobre o tema que envolva a sociedade, os profissionais de saúde, prescritores e dispensadores, bem como os órgãos fiscalizadores, para que cada um assuma sua responsabilidade com o uso racional de medicamentos para o tratamento da obesidade.

ABSTRACT

Analysis of prescriptions for medicines to treat obesity dispensed in a pharmacy in the city of Ijuí (RS, Brazil)

A prescription is a document that should enable a dialogue between prescriber, dispenser and user, conducive to the correct and rational use of medicines. To that end, the prescription must fulfill certain requirements. The objective of this study was to check compliance with some aspects of the law in prescriptions for medicines used to treat obesity, dispensed in the city of Ijuí, and to discuss the repercussions on the dispensing and use of these medicines. We analyzed

80 prescriptions, in which the most frequently omitted items were the user's address (95%), prescription of medication by Brazilian Common Name (BCN) (80%), pharmaceutical form (67%), dosage (13.75%) and date of issue (15%). Of particular concern is the absence of the dosage, which could lead to the administration of an inappropriate dose of the medicine, triggering adverse reactions or diminishing the expected effect. The results point to a set of risks related to the medical treatment of obesity, indicating a need to reassess the conduct of all the participants in the process: users, prescribers, dispensers and regulatory bodies. The study highlights the importance of continuing education of prescribers and dispensers in the light of ethical issues that should guide the prescribing and dispensing of medicines, especially those subject to special control, which should be used to support a therapy that goes beyond medication.

Keywords: Medicines for obesity. Prescriptions. Pharmaceutical legislation.

REFERÊNCIAS

- Abeso - Associação Brasileira para o estudo da obesidade e síndrome metabólica. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/2003>. [citado 2009 maio 16].
- Abrantes PM, Magalhães SMS, Acúrcio FA, Sakurai E. Avaliação da qualidade das prescrições de antimicrobianos dispensadas em unidades públicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(1):95-104.
- Aldrigue RFT, Correr CJ, Melchioris AC, Pontarolo R. Análise da completude de prescrições médicas dispensadas em uma farmácia comunitária de Fazenda Rio Grande – Paraná (Brasil). *Acta Farm Bonaer*. 2006; 25(3):454-9.
- Andrade MF, Andrade RCG, Santos V. Prescrições de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. *Rev Bras Ciênc Farm*. 2004; 40(4):471-9.
- Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(4):927-37.
- Borges GPM, Belo T, Vieira GMM, Vieira JRS. Análise dos receituários de medicamentos psicotrópicos anorexígenos em uma rede privada de farmácias de Belém-Pará. *Infarma*. 2008; 20(9/10):26-1.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 19 de maio 1998 [citado 2009 Dez 21]. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 13, de 26 de março de 2010. Dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS Nº 344, de 12 de maio de 1998 e dá outras providências. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2010/rdc/13_300310rdc.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 58, de 5 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/resol/2007/rdc/58_120907rdc.htm.
- Camargo MDF, Lopes AM, Montebelo MI & Lopes LC. Avaliação da adesão às normas da portaria 344/98 SVS/MS utilizando notificações e receitas oriundas da cidade de Salto/ SP. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2005; 26(2):131-7.
- Carazzato PR. A Farmácia Magistral e o Tratamento Farmacoterápico da Obesidade. *Racine*. 2003; (77):34-40.
- Carmo TA, Farhat FCLG, Alves JM. Indicadores de prescrições medicamentosas: Ferramentas para intervenção. *Saúde Rev*. 2003; 5(11):49-55.
- Carneiro MFG, Guerra Júnior AA, Acúrcio FA. Prescrição, dispensação e regulamentação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(8):1763-72.
- Ev LS, Guimarães AG, Castro VS. Avaliação das prescrições dispensadas em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. *Lat AM J Pharm*. 2008; 27(4):543-7.
- Félix DS, Souza MKS. Obesidade. In: Teixeira Neto, F. *Nutrição Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.185-95.
- Feltrin AC, Zordan G, Wagner F, Schmitt GC, Boligon AA, Delamolle N, Athayde ML, Vaucher LC. Medicamentos anorexígenos – panorama da dispensação em farmácias comerciais de Santa Maria (RS). *Rev Saúde, Santa Maria*, 2009; 35(1):46-51.
- Fisberg, M. Uma introdução ao problema de peso excessivo. In: Fisberg, M. *Atualização em Obesidade na Infância e Adolescência*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.1-9.
- Franco VLS, Santos VE, Silva LCF, Alves DC, Nappo AS, Noto AR, Carlini ELA. O padrão de prescrição e dispensação de anoréticos tipo-anfetamina e de benzodiazepínicos na cidade de Santo André/Estado de São Paulo. *Infarma*. 2010; 22(7/8):3-8.
- Galato D, Alano GM, Trauthman SC, Vieira AC. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para a prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Rev Bras Ciênc Farm*. 2008; 44(3):465-75.
- Giroto E & Silva PV. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. *Rev Bras Epidemiol*. 2006; 9(2):226-34.

- Mancini MC & Halpern A. Tratamento farmacológico da obesidade. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2002; 46(5):497-513.
- Mariz SR, Silva RMA, Ferreira JC, Moraes OKDN, Silveira LMS. Avaliação preliminar da dispensação de anorexígenos em São Luís- Maranhão. *Infarma.* 2002; 14(9-10):56-60.
- Mastroianni PC. Análise dos aspectos legais das prescrições de medicamentos. *Rev.Ciênc Farm Básica Apl.* 2009; 30(2):45-8.
- Nonino-Borges CB, Borges RM, Santos JE. Tratamento clínico da obesidade. *Medicina, Ribeirão Preto.* 2006; 39(2):246-52.
- Noto AR, Carlini EA, Mastroianni PC, Alves VC, Galduroz JCF, Kuroiwa W, Csizmar J, Costa A, Faria MA, Hidalgo SR, Assis D, Nappo SA. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24(2):68-73.
- Pecly JS, Almeida MS, Bolzan MH, Pimentel KRFV, Luca M. Análise qualitativa de receitas ambulatoriais em dado período em um hospital da rede pública: fatores que podem influenciar o uso correto de medicamentos. *Rev Brás Farm.* 2006; 87(3):89-91.
- Pepe VLE, Castro CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad Saúde Pública.* 2000; 16(3):815-22.
- Romeu GA, Justino PFC, Lima AMA. Perfil da prescrição e dispensação de fármacos anorexígenos em Fortaleza-CE. *Infarma.* 2008; 20(7/8):32-7.
- Santos EN, Reed E, Guerra FC, Barbosa VS, Rocha DL, Nunes JRL, Silva LM, Souza ML, Ribeiro VP. Avaliação do consumo de anorexígenos em farmácias de manipulação, em Goiania-GO. *Infarma.* 2007; 19(9/10):17-9.
- SBEM - Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Obesidade: tratamento. Projeto Diretrizes. Rio de Janeiro; 2006; p.1-7.
- Schatzberg AF, Cole JO, Debattista C. Manual de Psicofarmacologia Clínica. 6 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 719.p
- Viana AF, Rates SMK. Os medicamentos para emagrecer. In: Schenkel EP, Mengue SS, Petrovick PR. Cuidados com os medicamentos. 4. ed. rev. e amp. Porto Alegre: Editora da UFRGS/Florianópolis: Editora da UFSC; 2004. 224p.

