

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS**

**“O USO DE DROGAS ANOREXÍGENAS POR ALUNAS DO
CURSO SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE UMA FACULDADE
DO INTERIOR PAULISTA”**

Claudete Donega Pinto

**ASSIS – SP
2009**

CLAUDETE DONEGA PINTO

**“O USO DE DROGAS ANOREXÍGENAS POR ALUNAS DO
CURSO SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE UMA FACULDADE
DO INTERIOR PAULISTA”**

**Trabalho de Conclusão de Curso para
Graduação em Enfermagem e obtenção do
diploma de Bacharel, sob a orientação da
Profa. Dra. Lucinéia dos Santos.**

**Orientadora:
Profª Drª Lucinéia dos Santos**

**ASSIS – SP
2009**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Claudete Donega Pinto Título: O uso de drogas anorexígenas por alunas do curso superior de Enfermagem de uma Faculdade do interior paulista.

Monografia apresentada ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a.

Instituição: _____

Julgamento:

Assinatura: _____

Prof^a.

Instituição: _____

Julgamento:

Assinatura: _____

Prof^a.

Instituição: _____

Julgamento:

Assinatura: _____

FICHA CATALOGRÁFICA

PINTO, Claudete Donega

O uso de droga anorexígenas por alunas do curso de enfermagem de uma faculdade do interior Paulista / Claudete Donega Pinto. Fundação Educacional do Município de Assis – Fema : Assis, 2009

45p.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Enfermagem – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

1. Enfermagem. 2. Obesidade. 3. Anfetaminas

CDD: 610
Biblioteca da FEMA

AGRADECIMENTO

A Deus, força maior que me faz acreditar na vida, que me ampara nos momentos de angústia e me impulsiona rumo a dias melhores com novas possibilidades e me faz acreditar no ser humano.

Aos meus filhos Vinícius e Thaís pela paciência, incentivo e alegria a cada nova conquista.

Ao meu marido Vanderlei que, com muito carinho, me ajudou construir minha história. A eles minha eterna gratidão, cujo apoio foi essencial para a construção de mais uma etapa.

A todos os meus amigos, que de alguma forma contribuiu para a realização desse sonho...

...em especial às alunas do curso de Enfermagem, que muito gentilmente participaram deste trabalho.

RESUMO

O estudo foi realizado com o objetivo de obter informações sobre o consumo de drogas anorexígenas entre as alunas do curso superior de Enfermagem, bem como identificar problemas relacionados decorrentes do uso destas. Para isto foi utilizado um questionário com 11 perguntas objetivas no qual a participante se mantinha anônima. No total 93 alunas responderam ao questionário, sendo que este estava vinculado ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados mostraram que as alunas fazem uso de medicamento anorexígeno sem a devida necessidade, pois 75% são eutróficas e utilizaram o medicamento por estética ou por outras razões pessoais. Além disso, observamos que 37% das entrevistadas utilizaram medicação anorexígena “pelo menos uma vez na vida”. Os dados obtidos no estudo indicam o uso indiscriminado e irracional de anorexígenos nesta população, sugerindo a necessidade de estabelecer uma política de orientação e prevenção quanto ao consumo indiscriminado desses medicamentos.

Palavra chave: Enfermagem, Obesidade e Anorexígenos.

Abstract

A study conducted in academic nursing students on the use of anorectics. We used a self-administered questionnaire, anonymous and linked to the science of the Consent Form, (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) containing 11 objective questions on a sample of 93 students were female. It was found that the students make use of medication without proper need (75% are eutrophic), and used for aesthetic or personal reasons, 37% of the respondents used medication anorectic "at least once in their lifetime." The prevalence of use of anorectics between academic nursing is no different from other studies. Our results suggest the indiscriminate and irrational use of anorectics in this population, suggesting the need for policy guidance on the prevention and indiscriminate, its effects and the real need to use, because Brazil is cited as one of the countries that make the most use of drugs to lose weight.

Keywords: Nursing, anorectics and obesity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Características Tema.....	10
1.2. Objetivos Gerais e Específicos.....	11
1.3. Justificativa.....	12
2. DISCUSSÃO BIBLIOGRÁFICA	14
2.1. Obesidade.....	14
2.2. Anfetaminas.....	17
2.3. O uso inadequado de anorexígenos.....	19
3. METODOLOGIA	22
3.1. Indicação dos métodos e Formas de Coleta de Dados.	22
4. RESULTADO e DISCUSSÃO	25
Tabela 1- Distribuição relativa à pesquisa aplicada, com o total da amostra estudada.....	25
Tabela 2 – Classificação do Índice de Massa Corporal.....	26
Tabela 3 – Demonstra o total de alunas que fizeram uso “pelo menos uma vez na vida” de drogas anorexígenas.....	26
Figura 1 – Medicamentos anorexígenos mais utilizados.....	27
Figura 2 – Tempo de utilização dos medicamentos anorexígenos.....	27
Figura 3 – Demonstrativo de efeitos colaterais apresentados pelas entrevistadas.....	28
Tabela 4 – Condições de Complemento para redução de peso.....	29
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	37
APÊNDICE	42

1- INTRODUÇÃO

1.1- Características do Tema

Ouve-se muito sobre os prejuízos causados pelo consumo de drogas ilícitas em nossa sociedade, porém, quase não se comenta a respeito do uso indiscriminado e do abuso de muitas substâncias lícitas que são ingeridas em larga escala todos os dias.

De acordo com Ferreira (2003), droga é qualquer substância simples ou composta de várias origens, utilizada para diversos fins, que administrada a organismos vivos em quantidades variadas podem produzir alterações somáticas ou funcionais. Podem ser medicamentos que provocam efeitos benéficos ou úteis, sob o ponto de vista farmacológico ou tóxico (droga ou a preparação efetiva com drogas) que produzem efeitos nocivos e freqüentemente o vício.

Conforme Carneiro e colaboradores (2008) no Brasil um dos medicamentos lícitos mais vendidos são os inibidores do apetite, classificados como anorexígenos. Porém, seu uso vem sendo criticado por muitos especialistas. Desde 1988 tem se observado um consumo exagerado e inadequado desses medicamentos no país. Atualmente, o Brasil tem sido citado como o país onde há o maior consumo mundial de anfetaminas, sendo este um dado que preocupa as autoridades brasileiras de saúde pública (VARELLA, 2006).

Os inibidores de apetite têm freqüentemente em sua composição, drogas da classe das anfetaminas. Estas drogas, além de proporcionarem um efeito redutor do peso podem ocasionar diferentes transtornos de comportamento, especialmente em pessoas ansiosas. Assim, de modo geral, os usuários de anfetaminas ficam mais irritáveis, agressivos e ansiosos. Também, de acordo com o uso e a dose empregada é possível observar em algumas pessoas um sério comprometimento da função cerebral, podendo apresentar delírios e alucinações. O risco de

dependência também deve ser considerado e gerar diversas crises, inclusive levar à psicose. Assim, diferentes ataques de personalidade são comumente apresentados por pessoas que utilizam essas medicações (GOODMAN, 2006).

Segundo Cejana Passos (ANVISA) os anorexígenos deveriam ser consumidos somente por pessoas diagnosticadas como obesas. Entretanto, o que se observa é o consumo indiscriminado desses medicamentos principalmente por pessoas que se rotulam como obesas e querem perder peso com facilidade, principalmente as mais sedentárias. Sendo que, na maioria dos casos estes medicamentos poderiam ser substituídos por um programa adequado de atividade física aliado a uma dieta balanceada. Ministério da Saúde - ANVISA (2006)

Também é importante ressaltar que existe um grande perigo na associação das drogas anfetamínicas com outras medicações, contudo, tal associação é muito prescrita em consultórios médicos no Brasil afora. Além do mais, deve ser considerado que muitos dos efeitos apresentados por estas drogas não são conhecidos por seus usuários (CORDAS, 2006).

1.2 - Objetivo Gerai e Específicos

Objetivo Geral

Obter informações sobre o consumo de drogas anorexígenas entre as alunas do curso superior de Enfermagem, bem como identificar problemas relacionados decorrentes do uso destas.

Objetivos Específicos

- Identificar os medicamentos anorexígenos mais utilizados;
- Caracterizar o perfil das usuárias de anfetaminas;
- Caracterizar a real necessidade de uso dos anorexígenos;
- Identificar problemas relacionados à medicação;

1.3- Justificativa

O Brasil tem sido citado como o país que mais consome anfetaminas no mundo. Assim, a presente pesquisa visa tecer uma discussão sobre os anorexígenos mais utilizados no tratamento da obesidade, os fatores de risco associados ao seu consumo, bem como o uso indevido desses medicamentos.

A insatisfação com o próprio corpo é o que estimula as mulheres a recorrerem a tratamentos milagrosos e com resultados rápidos sem, contudo, terem a menor noção dos efeitos adversos que essas drogas causam ao longo do tempo.

É natural que qualquer pessoa que busque o emagrecimento queira um resultado rápido, entretanto, para Mancini e Halpem (2002), pessoas que emagrecem gradualmente sem o auxílio de medicamentos têm mais sucesso em manter o peso. Emagrecer não é fácil e requer comprometimento e adesão a um estilo de vida saudável que inclui mudanças nos hábitos diários de alimentação e atividade física.

O consumo de anfetaminas entre as mulheres é algo preocupante, pois na maioria das vezes o uso destas substâncias são desnecessárias considerando o seu IMC (Índice de Massa Corporal). Além disso, é provável que o baixo peso corporal seja uma forma de autopromoção na sociedade (CARNEIRO et al, 2008).

Os meios de comunicação têm contribuído muito para o aumento do número de usuários de remédios para emagrecer, pois todos os dias somos bombardeados por propagandas e mensagens dizendo que nossos corpos não são bons o suficiente. Revistas, televisão, filmes e comerciais vendem imagens irreais de mulheres que deveríamos imitar.

O modelo de beleza imposto pela sociedade atual corresponde ao corpo magro, desconsiderando os aspectos ligados com a saúde e os diferentes biótipos da população, esse padrão de beleza distorcido faz aumentar o número de mulheres que se submetem a dietas para controle de peso; excesso de exercícios físicos e ao uso indiscriminado de laxantes, diuréticos e drogas anorexígenas (OLIVEIRA, 2003).

O interesse pelo tema surgiu diante da observação e relatos de pessoas que consomem drogas anti-obesidade, e a maioria estão dentro da classificação de IMC normal, porém se auto classificam “gordas” atribuindo a essa condição todas as suas frustrações, infelicidades, insucessos, entre outras. Assim, um estudo dessa natureza e com essa população merece uma atenção diferenciada, pois são eles que levarão noções básicas de saúde à comunidade como futuros profissionais da área da saúde e educação, formando e mudando conceitos.

Portanto, a realização deste trabalho, e sua posterior divulgação permitirão um maior conhecimento sobre estas drogas, além de gerar uma reflexão sobre a real necessidade de seu consumo, fornecendo subsídios capazes de orientar o profissional da saúde, seja na prevenção, seja na doença/obesidade já instalada, tendo um olhar holístico na assistência do indivíduo e/ou da coletividade.

2- DISCUSSÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 - Obesidade

De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde), a obesidade é uma doença epidemiológica que atinge milhões de crianças, adolescentes e adultos em países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, inclusive no Brasil. Constitui um importante fator de risco que contribui para o aparecimento, desenvolvimento e agravamento de outras doenças, para tanto sendo considerada como epidemia global do século XXI (DÂMASO, 2003).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, 2009.

Estima-se que em 2025, 50% da população mundial será obesa. Apesar de tão elevada incidência e prevalência, com responsabilidade direta no aumento da mortalidade e dos custos em saúde, a obesidade continua a não ser encarada por alguns como uma doença e crônica (OMS, 2009).

Para Fonseca (2002), a fome é o determinante do “quando comer”, o apetite “do que comer” e a saciedade do “quanto comer”. A fome está intimamente relacionada com o desprazer, e o ato de comer é construída no início da vida. A fome é a única sensação normal de um recém-nascido absolutamente “sem saída”. O bebê não tem nenhum recurso fisiológico que se contraponha a fome, dependendo exclusivamente do outro para sua resolução. Essa relação “fome/desprazer” e “comer/prazer” se perpetua para o resto da vida de todos nós. Este mesmo pesquisador informa que, numa pesquisa realizada entre adultos em Belo Horizonte, apenas 18% das refeições foram motivadas exclusivamente pela fome, enquanto 82% restante foram motivadas por “fome mais alguma coisa”: passatempo, porque está na hora, por raiva, por alegria, porque é gratuita, porque não tem o que fazer, etc. (FONSECA, 2002).

Entretanto, a etiologia da obesidade não é facilmente identificada, podendo ser múltiplos os fatores que levam o indivíduo ao ganho de peso. Alguns estudos mostram que o sobrepeso e a obesidade são causados

por fatores genéticos envolvidos por variáveis que incluem influências psicológicas, ambientais e sociais, bem como os mecanismos fisiológicos de auto-regulação (KRAUSE, 2002). Por exemplo, em 1930, as idéias Freudianas sobre “oralidade” já eram bem conhecidas, e até hoje alguns pesquisadores acreditam que essa seja a grande causa da obesidade (COHEN, 2004).

Entre as variáveis psicológicas e sociais se destacam as demandas no trabalho, dificuldades financeiras e problemas familiares como sendo os maiores vilões no aparecimento do estresse e conseqüentemente da obesidade. “O estresse é um dos grandes fatores da epidemia da obesidade, pois engorda mesmo que não se coma muito. Há aumento na produção de cortisol, o que estimula a vontade de comer e a proliferação de células de gordura” (HALPERN, 2009).

Também, problemas emocionais como depressão e ansiedade são, geralmente, percebidos como conseqüência da obesidade, sendo necessária intervenção médica e/ou psiquiátrica (VASQUES, 2005).

Entre as variáveis ambientais associados à determinação da obesidade destacam-se o sedentarismo, as práticas alimentares inadequadas das crianças e adolescentes e o próprio comportamento irregular dos pais com relação a dieta alimentar (DUTRA, 2006). As facilidades tecnológicas e a progressiva diminuição dos espaços livres nos centros urbanos estão reduzindo as oportunidades de lazer e de uma vida fisicamente ativa, facilitando atitudes sedentárias (DÂMASO, 2003).

Visto que jovens com sobrepeso têm maior probabilidade de virem a se tornar adultos com sobrepeso e estes têm maiores riscos de adoecer, o sobrepeso na infância e adolescência está ganhando reconhecimento como um importante problema de saúde pública (COHEN, 2004). O Brasil é o exemplo de um país em desenvolvimento em que a obesidade vem se tornando um sério problema de saúde na população infantil. Segundo o Ministério da Saúde, a obesidade teve um aumento de 240% nos últimos 20 anos entre crianças e adolescentes (SOARES, 2008).

O peso corporal se dá em função de um desequilíbrio fisiológico energético, existindo um aporte calórico maior do que um gasto energético efetivo. Uma das alternativas para alcançar o déficit energético e reduzir o

peso corporal seria o controle da ingestão de calorias, aliado a atividade física regular (CARNEIRO, 2008).

Sabe-se que o sobrepeso é um estágio no qual o peso corpóreo excede um padrão baseado na altura, sendo a obesidade uma condição de excesso de gordura generalizada ou localizada (KRAUSE, 2002). De acordo com esses parâmetros, o método mais utilizado para determinar essas condições é o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) ou Índice de Quetelet (peso/altura²), e se expressa em unidade de kg/m² (KRAUSE, 2002).

Classificação	IMC kg/m²
Desnutrido	≤ 18,5
Normal/Eutrófico	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidade Grau I	30,0 – 34,9
Obesidade Grau II	35,0 – 39,9
Obesidade Grave, Grau III	≥ 40,0

(Fonte: National Institute of Health, Lung, and Blood Institute) (KRAUSE, 2002)

No Brasil cerca de 40% dos adultos têm excesso de peso, destes 25% apresentam IMC acima de 30, entretanto, apesar do crescente número de obesos e também do crescente interesse médico e popular pelo assunto, a doença é uma das mais difíceis de tratar e uma das menos compreendidas em termos científicos (COHEN, 2004).

Problemas crônicos associados à obesidade podem ser agrupados em: doenças cardiovasculares (DCV), diabetes mellitus (DM), problemas articulares e alguns tipos de cânceres, entre outros fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como inatividade física, tabagismo, pressão e colesterol elevados são responsáveis por grande parcela de gastos em saúde (OMS, 2002).

Assim, a ABESO (Associação Brasileira de Estudos Sobre Obesidade), durante o Congresso Latino-Americano de Obesidade, em 1998, conceituou obesidade como sendo “uma enfermidade crônica que se

caracteriza pelo acúmulo excessivo de gordura, a tal nível que comprometa a saúde do indivíduo”.

2.2 – Anfetaminas

As anfetaminas são drogas sintéticas que agem no sistema nervoso central estimulando-o. Foram utilizadas em primeira instância, como um estimulante para manter os soldados ativos durante a segunda guerra mundial. A partir deste momento, percebeu-se que as drogas anfetamínicas também diminuía o apetite e a sensação de fome e fadiga (VARELLA, 2006).

Portanto, as anfetaminas como drogas sintéticas são fabricadas em laboratório, não sendo produtos naturais. Existem várias drogas sintéticas que pertencem ao grupo das anfetaminas. As mais conhecidas são: Dietilpropiona ou Anfepramona, Fenproporex, Mazindol, Metanfetamina e Metilfenidato. Cada droga anfetamínica é comercializada sob a forma de um remédio, por vários laboratórios e com diferentes nomes fantasia. Temos um grande número destes medicamentos, por exemplo: Dualid S®; Hipofagin S®; Inibex S®; Moderine®; Desobesi-M®; Lipomax AP®; Inobesin®; Dasten®; Fagolipo®; Absten-Plus®; Diazinil®; Dobesix®; Pervitin® e Ritalina® (DEF 2007/2008 – Dicionário de Especialidades Farmacêuticas).

Como um estimulante do sistema nervoso central as anfetaminas agem de uma maneira ampla afetando vários comportamentos do ser humano. A pessoa sob sua ação tem insônia (isto é, fica com menos sono) inapetência (ou seja, perde o apetite), sente-se cheia de energia e fala mais rápido, ficando “ligada”. A pessoa que utiliza anfetamina é capaz de executar uma atividade qualquer por mais tempo, sentindo menos cansaço. Este só aparece horas mais tarde quando a droga já se foi do organismo. Se nova dose é tomada, as energias voltam embora com menos intensidade. De qualquer maneira as anfetaminas fazem com que um organismo reaja acima de suas capacidades, exercendo esforços excessivos, o que logicamente é prejudicial para a saúde. E o pior é que a pessoa ao parar de tomar, sente uma grande falta de energia (astenia)

ficando bastante deprimida, o que também é prejudicial, pois não consegue nem realizar as tarefas que normalmente fazia antes do uso dessas drogas (CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - UNIFESP/EPM).

As anfetaminas não exercem somente efeitos no cérebro. Assim, agem na pupila dos nossos olhos produzindo uma dilatação (o que em medicina se chama midríase). Este efeito é prejudicial para os motoristas, pois à noite sua visão fica mais ofuscada pelos faróis dos carros em direção contrária. Entretanto, as anfetaminas são muito usadas por caminhoneiros para driblarem o sono (CORDAS, 2006).

Elas também causam um aumento do número de batimentos do coração (taquicardia) e um aumento da pressão sanguínea (hipertensão). Podendo haver sérios prejuízos à saúde das pessoas que já têm problemas cardíacos ou de pressão, principalmente para aquelas que fazem uso prolongado dessas drogas sem o acompanhamento médico ou que se utilizam de doses excessivas (CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas UNIFESP/EPM).

Além disso, quando se exagera na dose (toma-se vários comprimidos de uma só vez) todos os efeitos acima descritos ficam mais acentuados e podem começar a aparecer comportamentos diferentes do normal. A pessoa fica mais agressiva, irritadiça, começa a suspeitar de que outros estão tramando contra ela, é o chamado delírio persecutório. Dependendo do excesso da dose e da sensibilidade da pessoa pode aparecer um verdadeiro estado de paranóia e até alucinações. É a psicose anfetamínica. Nesta situação, os sinais físicos ficam também muito evidentes: midríase acentuada, pele pálida (devido à contração dos vasos sanguíneos) e taquicardia. Essas intoxicações são graves e a pessoa geralmente precisa ser internada até a desintoxicação completa. Às vezes durante a intoxicação a temperatura aumenta muito e isto é bastante perigoso, pois pode levar a convulsão (CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas UNIFESP/EPM).

Finalmente, trabalhos recentes em animais de laboratório mostram que o uso continuado de anfetaminas pode levar à degeneração de determinadas células do cérebro. Este achado indica a possibilidade de o

uso crônico de anfetaminas produzir lesões irreversíveis em pessoas que abusam destas drogas (GUIMARÃES, 2002).

Apesar de todas as implicações decorrentes do uso das anfetaminas esta droga é amplamente utilizada no tratamento da obesidade. Assim, em pessoas diagnosticadas como obesas, o uso das anfetaminas pode ser justificado. Entretanto, o que preocupa e se torna cada vez mais freqüente é o uso inadequado destes fármacos, principalmente por pessoas que se acham obesas, porém não apresentam um índice de massa corporal compatível com a obesidade. Por outro lado, esses medicamentos muitas vezes são prescritos por profissionais que usam critérios inexplicáveis ou até mesmo inaceitáveis. É importante ressaltar que embora as anfetaminas reduzam o apetite por período limitado, à suspensão deste, provoca efeito rebote, ou seja, aumentam exageradamente o apetite e é comum ganhar mais peso do que tinha antes de ingeri-las (CORDÁS, 2006).

Diante do que foi descrito, é possível perceber a importância dos estudos que mostram os efeitos das anfetaminas e permitam uma maior conscientização da população sobre o risco de seu uso.

2.3 - O uso inadequado dos anorexígenos

Pelo quarto ano consecutivo, o Brasil desponta na lista de países que mais consomem estimulantes, principalmente os anorexígenos, que são os moderadores ou inibidores de apetite, compostos em sua maioria pelos derivados de anfetamina. De acordo com o relatório de 2008 da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), órgão ligado a ONU, (Organização das Nações Unidas), Argentina, Brasil e Estados Unidos ocupam, respectivamente, as três primeiras posições da lista, e juntos abocanham 78% do consumo mundial de estimulantes (Ministério da Saúde, 2008).

Na ânsia de perder peso, muitas pessoas recorrem a consultórios médicos em busca de dietas, e nem sempre saem deles orientados a tentar mudar o estilo de vida por meio da reeducação alimentar e da prática de atividade física regular. Por esta razão, o consumo exagerado dos anorexígenos não decorre da falta de prescrição, e sim da indicação

dos mesmos para fins estéticos. O consumo de anorexígenos é maior entre as pessoas que não tem perfil para usá-las do que por aqueles que sofrem de obesidade, como informa a psicofarmacóloga Solange Nappo, professora da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A população é induzida por uma cultura de magreza, contudo, a mulher brasileira ser “cheinha” é uma característica: nosso patrimônio genético é opulento devido à herança portuguesa, africana e indígena, e como é mais difícil mudar a imagem corporal apenas com dieta, apela-se para as drogas. “Medicamento não foi feito para uso estético”, segundo Carlini (2005), diretor do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), cujo Levantamento Domiciliar Nacional, revela que duplicou a procura feminina por anorexígenos entre 2001 e 2005.

Apesar de indicados para pessoas realmente obesas – IMC acima de 30 ou 40 – ou para quem tem complicações relacionadas (diabetes, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, problemas articulares) ou quem já tentou sem sucesso emagrecer pela reeducação alimentar, os anorexígenos vem sendo prescritos para quem está com apenas cinco ou oito quilos a mais. Uma pesquisa do CEBRID atesta que 92% dos consumidores de anfetaminas são as mulheres, e que 60% das que fazem uso apresentam IMC abaixo de 30.

Barcellos et al (2009) advertem que o uso abusivo de anorexígenos ocorre devido a uma série de fatores, onde pessoas que não querem ter trabalho para emagrecer buscam a solução em um remédio “milagroso”. Por outro lado, existem médicos que não querem perder tempo e saem prescrevendo inibidores, pois a consulta para quem quer perder peso é demorada, carecendo ouvir a história do paciente para descobrir como é sua rotina, sendo necessária uma mudança comportamental.

Fazer uso de inibidores sem necessidade é receita certa para engordar. O metabolismo fica bagunçado porque a pessoa não sente fome e quase não se alimenta. O corpo entra em sistema de alarme e fica econômico no gasto energético. Quando o remédio é suspenso; come-se exageradamente, o organismo tende a compensar a escassez, explica a Dra. Fernanda Scagliusi professora do Curso de Nutrição da Universidade Federal de São Paulo.

Além disso, em se tratando de receitas com formulações magistrais cuidados extras devem ser tomados. De acordo com Brasiliano (2006) o fato da prescrição ser feita no momento da consulta faz o paciente acreditar que o remédio foi feito sob medida para ele, e acredita que, por ser uma fórmula, trata-se de um medicamento natural. Muitas vezes o médico não adverte para o fato de o remédio poder causar dependência, além de não mencionar o efeito rebote. “É comum a pessoa perder dez quilos em 3 meses e ganhar doze quilos nos 2 meses seguintes”, explica a coordenadora do Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD), do Instituto de Psiquiatria da USP.

Embora a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) proíba desde 1998 a prescrição de fórmulas de anorexígenos com associações medicamentosas contendo ansiolíticos, diuréticos, hormônios e laxantes, entre outros, as receitas com tais combinações continuam circulando. De modo geral, o que ocorre é que as associações são prescritas em receitas separadas, uma destina-se às cápsulas com anorexígeno e a outra às demais substâncias, que são enviadas até pelo correio e com nome de pessoas diferentes.

A partir de janeiro de 2008 entraram em vigor medidas mais rígidas estabelecidas pela ANVISA para diminuir a prescrição e o consumo de anorexígenos no país. O novo receituário (B2, de cor azul) passou a ter validade máxima da prescrição de 30 dias a partir da emissão e as doses diárias recomendadas foram fixadas para substâncias como Femproporex® (50 mg/dia) Fentermina® (60 mg/dia), Anfepramona® (120 mg/dia) e Mazindol® (3 mg/dia). Além disso, começou a funcionar o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) nas farmácias, vinculado à ANVISA, que espera coibir a venda desses medicamentos.

De acordo com pesquisa do CEBRID, a aquisição de anorexígenos no Brasil é muito fácil. Para reverter essa situação, os responsáveis pelo uso inadequado desses agentes (usuários, prescritores e dispensadores) deveriam ser mobilizados através de campanhas, debates e propagandas.

3- METODOLOGIA

3.1 - Indicação dos Métodos e Formas de Coleta dos Dados

O presente estudo foi estruturado e desenvolvido seguindo uma abordagem transversal e de campo, junto às alunas do curso superior de Enfermagem de uma Faculdade do interior paulista, a Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA.

A FEMA é mantenedora do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis (IMESA) que oferece 9 cursos de graduação, 10 cursos de pós-graduação e do Colégio FEMA (ensino médio). São cerca de 1.700 alunos matriculados, 57 funcionários da área técnico-administrativa e 81 professores (90% deles composto por mestrandos, mestres, doutorandos e doutores). Na região de Assis a FEMA é uma referência como centro educacional, pólo regional de pesquisa e extensão de serviços prestados à comunidade.

Para o desenvolvimento do estudo foi empregado um questionário auto-preenchível contendo 11 perguntas diretas e objetivas voltadas à temática do trabalho, cuja cópia segue em anexo (Apêndice 1). As alunas que concordaram com os termos previamente esclarecidos (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo (Apêndice 2) participaram da pesquisa respondendo as questões de forma a não se exporem, pois em nenhum momento seus nomes foram ou serão citados, sendo assim consideradas anônimas.

As questões foram aplicadas conforme aprovação da coordenação do curso e professores da sala, sem prejuízos as aulas e as atividades. O tempo estimado para a coleta de dados foi de 10 (dez) a 15 (quinze) minutos e este liberado pelo professor que estava na sala naquele momento.

Considerando que o total de alunas matriculadas no referido curso é de 130, (FEMA, Mar/2009) a amostra do estudo foi de 100%, não havendo discriminação de cor, idade, nível socioeconômico ou qualquer outra variável que caracterize discriminação.

Entretanto, foram excluídas 37 alunas que não aceitaram participar do estudo e ou não estiveram de acordo com o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e as que estavam ausentes no ato da visita do pesquisador à sala, por ocasião das orientações a cerca do estudo e entrega dos impressos/documentos. Assim, o total da amostra foi de 93 alunas, com idade mínima de 18 e máxima de 54 anos.

Como já citado, a forma utilizada para a coleta de dados foi à aplicação de um questionário, contendo 11 perguntas objetivas juntamente com o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O questionário, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após serem preenchidos foram colocados dentro de um envelope, que foi fechado/lacrado na presença de todos.

Os dados antropométricos foram referidos pelos sujeitos da pesquisa, sendo necessário, uma vez que no questionário não consta este item, para que se chegasse ao IMC. Foi solicitado às participantes que colocassem ao final do questionário seu peso e altura. A fórmula para o cálculo do IMC ou Índice de Quetelet (1969) é a seguinte: $IMC=P(kg)/H^2(m)$.

Quando questionado a cerca do conhecimento do índice de massa corporal, foi unânime a resposta afirmativa confirmatória, considerando que na grade do referido curso tenha a disciplina de Ciências da Nutrição, na qual é explanado o tema.

Foram solicitados às participantes, que vinculassem o questionário ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no sentido de assinarem o referido documento somente as que respondessem ao questionário para que o número de documentos fosse exatamente igual.

A coleta de dados seguiu de forma organizada entre as salas do curso de enfermagem, obedecendo a seguinte ordem: 1º ano – noturno, 2º ano – noturno, 3º ano – diurno, 3º ano – noturno, 4º ano – diurno e 4º ano – noturno.

O método de coleta de dados constou de questionário sem identificação, ficando inviável a desistência da aluna no decorrer do estudo, pois seria impossível identificar o questionário respondido por ela e a sua retirada do banco de dados.

A coleta dos dados somente ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Regional de Assis, com a manutenção do sigilo e da ética profissional.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 representa o perfil das alunas entrevistadas, quanto ao fato destas se considerarem ou não obesas. Quando perguntado às acadêmicas “Você se considera gorda?” a resposta foi equilibrada/equivalente, sendo que (50,53%) se auto-classificaram como gordas. Este resultado confirma as palavras de Herscovici (1997) que afirma que mais de 70% das mulheres se sentem suficientemente gordas, a ponto de fazerem dietas, motivadas pela indústria da moda glorificando a magreza levando as mulheres a uma obsessão pelo emagrecimento.

Tabela 1 – Distribuição relativa à pesquisa aplicada, com o total da amostra estudada.

Questionário	Sim (%)		Não (%)	
Você se considera gorda?	47	50,53%	46	49,46%
De acordo com seu IMC, você é classificada como uma pessoa obesa?	17	18,27%	76	81,72%

Através da Tabela 2, nota-se que o IMC (índice de massa corporal) real das entrevistadas, obtidos através do cálculo proposto por Quetelet que se expressa em unidade de Kg/m² (KRAUSE, 2002), constatou-se que do total da amostra estudada 93 (100%), 70 (75,26%) são eutróficas, 17 (18,27%) estão no sobrepeso e apenas 6 (6,45%) se encaixam dentro da classificação de obesidade grau I, sabendo que o índice utilizado para essa condição é de 30 a 34,9 (IMC = kg/m²), desse total, independente do IMC, fizeram uso de medicamentos anorexígenos 35 (37,63%) alunas. Podemos observar, então que, dentre os sujeitos entrevistados, apenas 17 (18,27%) e 6 (6,45%) sobrepeso e obesidade grau I respectivamente, poderiam fazer o uso de anorexígenos. De acordo com Carneiro, (2008) o tratamento farmacológico está indicado quando o paciente possui um IMC > 30 ou acima de 25 quando apresenta risco de desenvolver doenças associadas ao excesso de peso. A prevalência de utilização de 3 ou mais medicamentos foram de 18,3%, 26,4% e 38,0% entre as mulheres com

peso normal, sobrepeso e obesa respectivamente, segundo Dutra, et al (2006).

Tabela 2 – Relativo ao Índice de Massa Corporal (IMC) da amostra total.		
Classificação por IMC das Alunas que fizeram uso de medicamentos		
Eutrófico/Normal	Sobrepeso	Obesidade
70	17	6
(75,26%)%	(18,27%)	(6,45%)

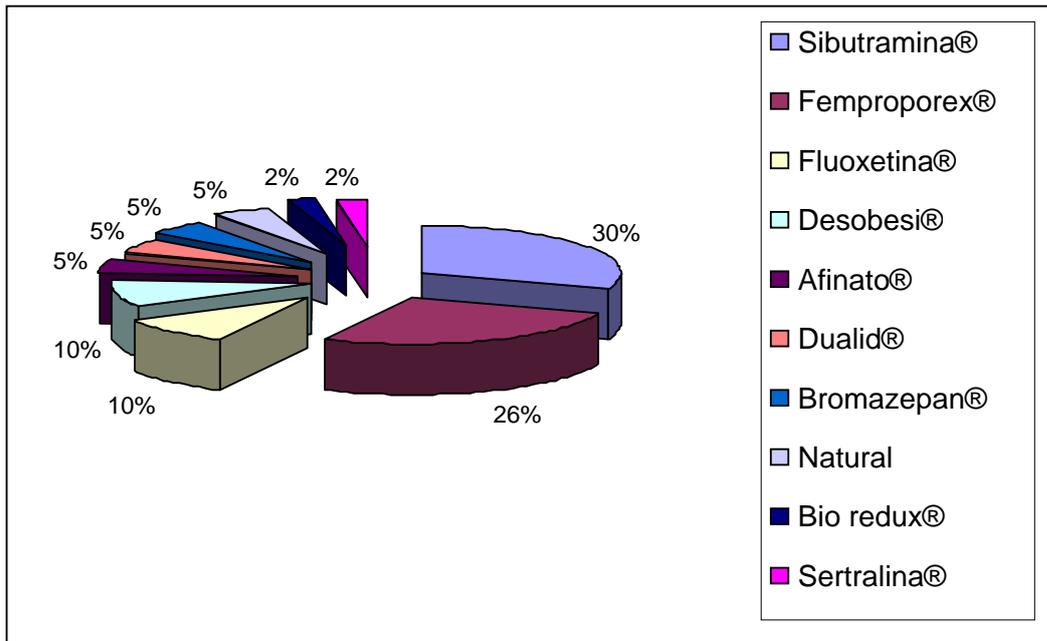
Analisando a tabela 3, podemos perceber que 35 (100%) das alunas fizeram uso de medicamentos para redução de peso. Dessas 24 (68,57%) o fizeram com acompanhamento médico e tiveram resultado desejado e apenas 2 (5,71%) acham que só conseguem perder peso tomando medicamentos. Segundo Halpern e Mancini (2002) um medicamento só pode ser considerado eficaz se demonstrar efeito em reduzir o peso corporal dentre outros benefícios,

Tabela 3- Demonstra o total de alunas que fizeram uso “pelo menos uma vez na vida” de drogas anorexígenas.

Questionário	Sim	% (sim)	Não	% (não)
Já utilizou medicamentos para emagrecer?	35	37,63%	58	62,36%
Teve acompanhamento médico?	24	68,57%	11	31,43%
O objetivo do tratamento foi atingido?	23	65,71%	12	34,29%
Você se considera dependente do remédio para emagrecer?	2	5,71%	33	94,29%

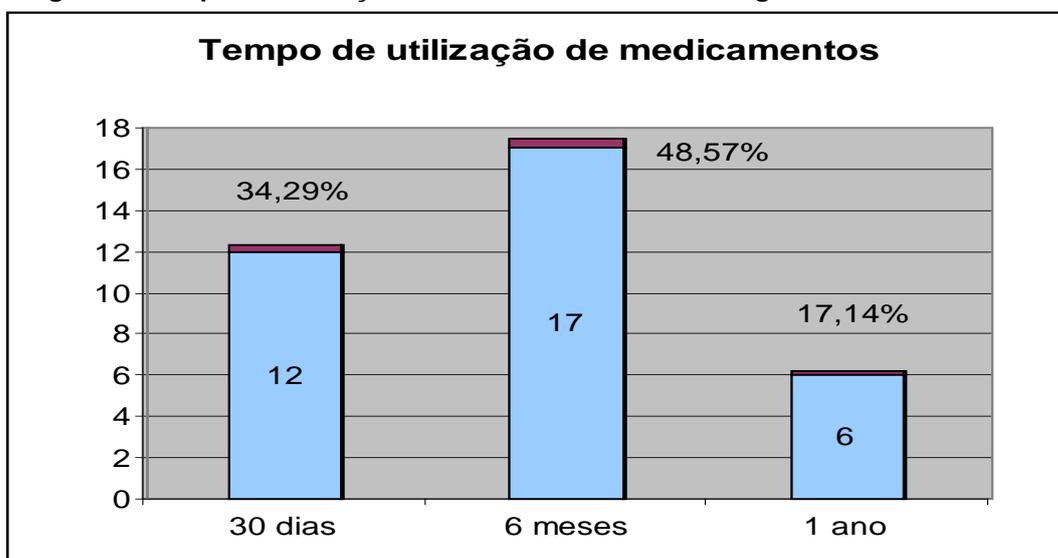
A Figura 1 demonstra que a anfepramona (sibutramina) e femproporex são as drogas mais utilizadas em todo mundo. De acordo com Carneiro (2008) os medicamentos anorexígenos de maior consumo (58%) são o Desobesi-M, do grupo Femproporex.

Figura 1 - Medicamentos anorexígenos mais utilizados.



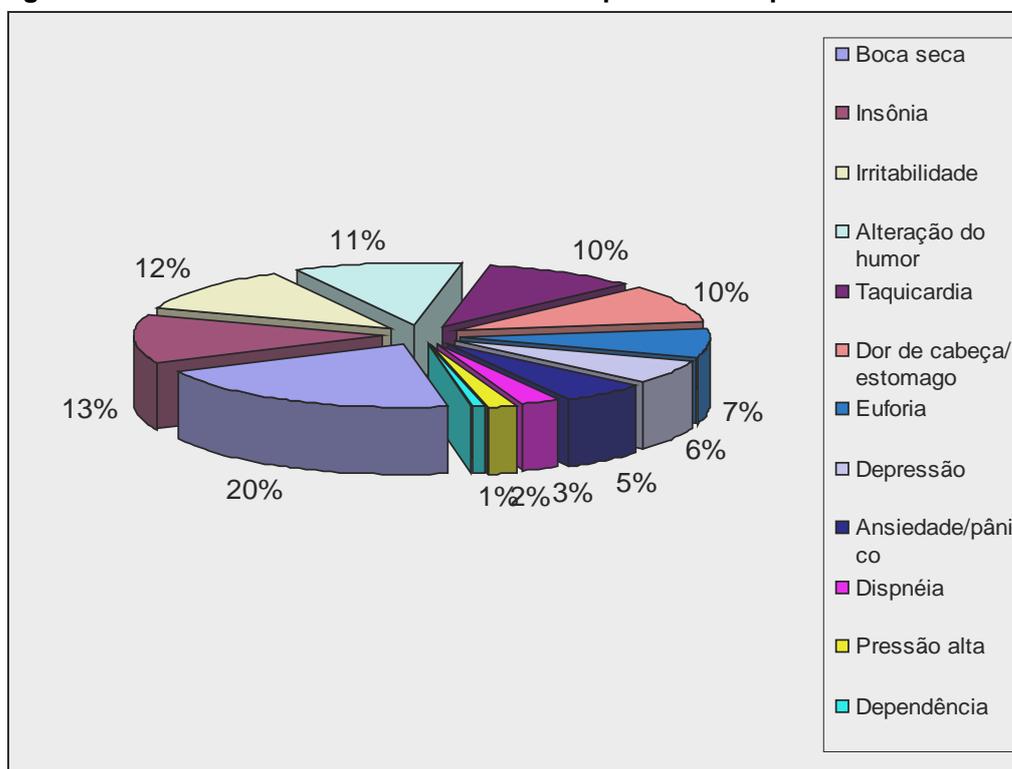
A Figura 2 mostra que o tempo de utilização de medicamentos, pela nossas entrevistadas foi em média 6 meses. De acordo com Lopes et al., (1997) não é aconselhável que o tratamento medicamentoso ultrapasse 8 a 12 semanas. Norival (2003) e Carneiro (2008) alertam sobre os riscos de dependência psicológica e tolerância à droga em caso de uso contínuo prolongado.

Figura 2- Tempo de utilização dos medicamentos anorexígenos.



A Figura 3 demonstra os sintomas mais comuns apresentados pelo uso de medicamentos anorexígenos. Entretanto, podem aparecer outros: confusão, agressividade, estado de angústia, alteração de personalidade e psicose. (LIMA, 2003).

Figura 3 - Demonstrativo de efeitos colaterais apresentados pelas entrevistadas.



A Tabela 4 demonstra a quantidade de entrevistadas que procuraram por uma avaliação nutricional ou realizam atividades físicas com o objetivo de reduzir o peso. Os resultados mostram que 74,2% nunca fizeram avaliação com Nutricionista e 73,1% não realizaram atividade física como complementação na redução de peso. Esses dados reforçam as palavras de López (2009) que afirma que 80% das pessoas que procuram tratamento médico para redução de peso estão ligadas com o estresse da modernidade, alimentação inadequada e sedentarismo. Um dos fatores primordiais para o crescimento explosivo de obesidade é a redução do gasto calórico nas atividades cotidianas. Para Sobrera (2001) as facilidades do mundo moderno contribuem bastante para o acúmulo de gordura, assim temos as escadas rolantes, vidros elétricos, telefones sem fio, controles remotos, computadores etc. Atualmente se considera a

atividade física a única forma voluntária de aumentar o gasto energético diário (LÓPEZ, 2009).

Tabela 4 - Condições de complementação para redução do peso.				
	Sim	(%)	Não	(%)
Já passou por avaliação nutricional?	24	25,80	69	74,20
Pratica atividade física para reduzir seu peso?	25	26,88	68	73,11

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido aos padrões de beleza impostos pela sociedade, o consumo de anorexígenos, medicações inibidoras do apetite que auxiliam o emagrecimento, está cada vez mais evidente. Porém, sabe-se que a maioria das pessoas que faz uso destas drogas não as necessita, as usam pela insatisfação do próprio corpo e distorção da auto-imagem, em “busca do corpo perfeito”. Pouco se fala que estes remédios, conhecidos também como anfetaminas, são prejudiciais e causam dependência química, onde também, podem lesar o sistema nervoso central, causando diversos transtornos. Pesquisas apontam que o Brasil é um dos países que mais fazem uso de medicamentos para emagrecer. O padrão de beleza hoje é a magreza, muito embora a obesidade esteja cada vez mais presente na população, inclusive entre adolescentes.

Como já citado, os inibidores de apetite derivados de anfetamina atuam no sistema nervoso central reduzindo a sensação de fome, porém, provocam uma série de efeitos colaterais, além de causarem dependência; há ainda outros anorexígenos como a Sibutramina® e o Orlistate®, com composição e mecanismos diferentes, sem potencial de dependência. Para a indústria farmacêutica é um negócio muito lucrativo, mas excesso de peso não significa obesidade.

É longa a lista de efeitos colaterais provocados pelo uso inadequado de anorexígenos: insônia, irritabilidade, agitação, dores de cabeça, taquicardia, aumento da pressão arterial, boca seca, prisão de ventre, tremores, perda da libido, depressão, alucinações e surtos psicóticos, entre outros. Isso sem falar no inevitável efeito rebote, onde o corpo readquire os quilos perdidos e mais alguns extras e no risco de ocorrer dependência física e psicológica.

O tratamento farmacológico da obesidade deve ser encarado com responsabilidade por parte dos prescritores e dispensadores dessas drogas, devendo ser utilizadas somente por pessoas que se classificam num grau de obesidade acima de 30 (IMC kg/m²) ou para pessoas que tem

fatores de risco para desenvolver doenças relacionadas ao excesso de peso.

A escolha de um ou outro medicamento depende de uma criteriosa avaliação médica de cada paciente, do grau de obesidade, do hábito alimentar, das possíveis complicações avaliadas pelo profissional de saúde.

Portanto, os profissionais da saúde não podem ignorar produtos cujo consumo influencia diretamente na saúde e na vida, encarando a obesidade como um sério problema de saúde pública.

A pressão social, o padrão de beleza adotado atualmente, o culto ao corpo podem levar as pessoas à comportamentos e hábitos não saudáveis e que necessitam melhor avaliação.

Este estudo mostra que uso de anorexígenos está mais relacionado com a auto – imagem do que com a real necessidade do tratamento da doença.

Das pessoas entrevistadas 93 (100%), 75% são consideradas eutróficas, 18% estão no sobrepeso e apenas 6% são obesas grau I, no entanto este estudo mostra que 12 (34%) estão descontentes com seu corpo se expondo a tratamentos não necessários. O tempo de tratamento farmacológico, também mostrou ser maior do que o aconselhável, podendo desenvolver tolerância e alterações do comportamento e dependência física ou psíquica, como informa Lopes et al (1997); Norival (2003) e Carneiro (2008).

Entretanto, a maioria dos sujeitos, que utilizou medicamentos, o fez com acompanhamento médico e nutricional aliados à prática de atividade física.

O uso indiscriminado de substâncias anfetaminas, que são drogas lícitas, permitidas, porém controladas, faz refletir sobre as facilidades de acesso da população feminina a uma quantidade de medicações que deveria ser totalmente controlada pelas autoridades sanitárias.

A literatura brasileira apresenta escassas publicações sobre o consumo de anfetaminas entre jovens adultas, para tanto, pesquisas mais detalhadas focalizando as razões pelas quais se faz uso, podem contribuir para uma compreensão mais abrangente do problema.

A formação profissional do Enfermeiro exige estratégias de ampliação da atuação e atenção à comunidade para lidar com a problemática das drogas, visto que o jovem é mais vulnerável e está mais exposto a essa prática.

A inserção do Enfermeiro em serviços de atenção primária à saúde estabelecendo vínculo com seus clientes lhe confere autonomia, planejamento das ações para a população, trabalhando com os conhecimentos e crenças destes, prevenindo e minimizando riscos sobre o consumo e formando multiplicadores entre sua comunidade.

O curso de Enfermagem tem um papel fundamental no desenvolvimento de atividades de educação em saúde com os estudantes, visto que, as ações de promoção e intervenção em saúde e em Enfermagem são diminutas, que ampliariam a autonomia e o comprometimento do indivíduo no “lidar com a vida”, “cuidar da saúde”, visando assim, a prevenção de riscos e agravos que trazem sofrimentos e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida a população atendida.

O Enfermeiro tem como dever buscar mais informações e conhecimento sobre as necessidades de sua população, formando grupos de orientação e apoio ao usuário de drogas lícitas e ilícitas.

Dentro de uma unidade de saúde o Enfermeiro não atua sozinho na orientação de seus clientes, mas é parte de uma equipe multiprofissional, sendo assim todos, inclusive Médico, Enfermeiro, Nutricionista, Farmacêutico, Psicólogo são co-participantes e responsáveis pela orientação dos clientes.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Aspectos Psico-sócio-culturais da Alimentação: Algumas Considerações sobre o Caso da Obesidade.** Disponível em <<http://www.abeso.org.br/>>. Acessado em 27 de Setembro de 2009.

ALMEIDA, Graziela Aparecida Nogueira; SANTOS, José Ernesto; PASIAN, Sonia Regina; LOUREIRO, Sonia Regina, **Percepção de tamanho e Forma Corporal de mulheres: Estudo Exploratório, Psicologia em Estudo, Maringá**, vol. 10, n 1, p. 27-35, Jan/abr. 2005.

BARCELLOS AP, PAGGI AP, SILVA DB, CAMPAGNOLO MI, DIETRICH MDD, SANTOS RLR, et al. **Padrão de consumo de anfetaminas entre universitários de Porto Alegre.** Rev. Psiquiatria Rio Grande do Sul 1997.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil é o país com maior consumo de inibidores de apetite, diz órgão da ONU**, Disponível em <<http://www.uniad.org.br/bloguniad/>>, 05/03/2008. Acessado em 25 de Março de 2009.

BRASIL – Ministério da Saúde. ANVISA (Agencia Nacional de Vigilância Sanitária); Passos, Cejana - **Anfetaminas; Cuidados com a "boa" forma; Anabolizantes: A primeira dose pode ser letal.** Disponível em <<http://www.saude.gov.br>> . Acessado em 25 de Março de 2009.

BRASIL – Ministério da Saúde. ANVISA (Agencia Nacional de Vigilância Sanitária); Disponível em http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2007/rdc/58_120907rdc.htm. Acessado em 27 de Setembro de 2009.

BRASILIANO, Silvia; HOCHGRAF, Patrícia B.. **A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substâncias psicoativas.** Rev. psiquiatria clínica, São Paulo, vol. 33, n. 3, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000300003&script=sci_arttext > . Acessado em 18 de outubro de 2009.

CARNEIRO, F.G., JÚNIOR, A. A. F., ACURSIO, F. A. **prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**, Cad. Saúde Pública vol.24 nº 8 Rio de Janeiro Aug. 2008) < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/05.pdf>> Acessado em 22 de março de 2009.

CEBRID – **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas** (Unifesp/EPM). **Anfetaminas.** Disponível em < <http://200.144.91.102/cebridweb/download.aspx?cd=61>>, Acessado em 06 de Abril de 2009).

CORDAS, Táki. **Anfetaminas**. Disponível em <http://www.dráuziovarella.com.br/entrevistas/anfetaminas_cordas1.asp> (acesso em 25 Mar, 2009).

COHEN, Ricardo e CUNHA, Maria Rosária. **A Obesidade**. São Paulo. Publifolha 2004

DÂMASO, Ana; **Obesidade**, Rio de Janeiro MEDSI, 2003.

DEF– **Dicionário de especialidades farmacêuticas**. 2008/2009 Disponível em <http://www.epuc.com.br/DEF/Home.htm>> Acessado em 05 de Abril de 2009.

DUTRA, Carmem L., Araújo, Cora L. and Bertoldi, Andréa D. **Prevalência de sobrepeso em adolescentes: um estudo de base populacional em uma cidade no Sul do Brasil**. Cad. Saúde Pública, Jan 2006, vol.22, no.1.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Porto Alegre: Nova Fronteira, 2003.

FONSECA, João Gabriel Marques – **Obesidade e Outros Transtornos Alimentares**; Vol. 2 , Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

GOODMAN e GILMAN, **As bases farmacológicas da terapêutica**, 11^a ed., Rio de Janeiro, McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006.

GUIMARÃES, Deocleio T. **Dicionário de termos médicos e de enfermagem**, 1^a ed., São Paulo, Editora Rideel, 2002.

HALPERN, Alfredo; “**Estresse está relacionado ao aumento de peso...**” (Folha de São Paulo, 10/Jul. 2009 – Cad. Cotidiano).

KRAUSE, **Alimentos, Nutrição & Dietoterapia**; 10^a Ed.; São Paulo, Roca, 2002.

LIMA, Roberto Darcy, **Manual de Farmacologia Clínica, terapêutica e toxicologia**, Rio de Janeiro. MEDSI, 2004,

LOPES, Heloisa Oliveira; PAIXÃO Helena Heloisa; MONTEIRO, Sheila Lisboa; PEDROSA, Rosangela Curi. **Formulações para emagrecimento: usos e abusos**. Revistas de Ciências Farmacêuticas, São Paulo: Unesp, 1997.

LÓPEZ, Mônica Patrícia Moraga, **O Papel da Atividade Física na Qualidade de Vida: Vencendo a Preguiça** Disponível em <http://www.inbio.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=5>. Acessado em 08 de dezembro de 2009.

MALTESE, Henrique, et al. **Grande Dicionário de Medicina**, São Paulo, Tempo e Maltese, 2000.

MARTINS, Rodrigo. **Cuidados com a boa forma.** Disponível em <<http://www.portalsaude.com.br>>. Acessado em 25 de Março de 2009.

MURTA, Genilda Ferreira; **Saberes e Práticas** – Guia para ensino e aprendizado de enfermagem, 2008 – 4ª Edição Ed. Difusão – Vol.1.

NAPPO, Solange, **Entrevista** Disponível em < http://www.contradrogas.org.br/v3/paginas/artigodetalhe.aspx?cd_menu=10&cd_tipoartigo=2&cd_artigo=45> Acesso em 10/Out/2009.

NORIVAL, Caetano. **Guia de Remédios.** 6ª Ed. São Paulo: Escala, 2003.

OLIVEIRA FP, BOSI MLM, VIGÁRIO OS, VIEIRA RS. **Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte. 2003;(9)6:348-56.

OLIVEIRA, Cecília L. de; FISBERG, Mauro. **Obesidade na Infância e Adolescência** – Uma Verdadeira Epidemia. Disponível em < <http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?id=8666> >. Acessado em 27 de Setembro de 2009.

Portal Educação. **Brasil é um dos líderes no uso de moderador de apetite.** Disponível em <<http://www.portaleducacao.com.br/fonoaudiologia/noticias/35826/brasil-e-um-dos-lideres-no-uso-de-moderador-de-apetite-diz-relatorio>>. Acessado em 27 de Setembro de 2009.

RITTER, M.J.;**Farmacologia**, 4ª Ed.,Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan. 2001.

ROBBINS, Stanley L., et al. **Patologia estrutural e funcional**, 6ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2001.

SCAGLIUSI, Fernanda, **Sob o domínio da aparência.** Os transtornos alimentares são complexas e sérias alterações que requerem ação conjunta de diversas áreas da saúde e amplo debate na sociedade Disponível em <<http://www.abo.org.br/revista/82/materia-6.php/>> Acesso em 10 de Outubro de 2009.

SOBREIRA, Celina D. B. **Um ambiente virtual como apoio a obesos: criação e implantação de um ambiente virtual de apoio a obesos:** um estudo comparativo entre duas experiências em andamento, envolvendo um grupo de funcionárias de um hospital público de São Paulo e um grupo de pessoas de Grande São Paulo. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social) – Universidade Metodista de São Paulo, 2001.

SUPLICY, Henrique de Lacerda, **Serviço de Endocrinologia e metabologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do**

Paraná. Disponível em <http://www.hc.ufpr.br/hosp/clinica_medica/endocrinologia/reportagens/reportagens23_port.htm>. Acessado em 25 de Setembro de 2009.

SBEM - Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Alerta SBEM.** Disponível em <<http://www.endocrino.org.br/alerta-sbem-dietas-obesidade/>>. Acessado em 27 de Setembro de 2009

SBEM - Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Obesidade X Expectativa de Vida.** Disponível em <<http://www.endocrino.org.br/obesidade-x-expectativa-de-vida/>>. Acessado em 27 de Setembro de 2009

SILVA, Penildon, **Farmacologia**, Editora Guanabara Koogan, 6ª ed, 2002.

SOARES, Felipe Alves; Souza, Matheus Ornelas, **Obesidade na adolescência e suas implicações futuras**, Rev. Digital – Buenos Aires, Ano 13 – n 121, Jun/2008. Disponível em www.efdeportes.com.

SOUTO, Silvana; **Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares**, Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará

VARELLA, Drauzio, **Anfetaminas.** 2006. Disponível em <<http://drauzivarella.com.br/artigos,>>. Acessado em 25 de Março de 2009.

VASQUES, Fátima; MARTINS, Fernanda Celeste; AZEVEDO, Alexandre Pinto de. **Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade.** Rev. Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 31, n. 4, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acessado em 18 de outubro de 2009.

VEIGA, Glória. V. da. **Obesidade na adolescência: importância em saúde pública.** Disponível em: <<http://www.danone.com.br>>. Acessado em 23 de Março de 2009.

ANEXOS

Anexo 1

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DIRETORIA COLEGIADA

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.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 4 de setembro de 2007, e

considerando que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, nos termos do art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988;

considerando as disposições contidas na Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973, e no Decreto n.º 74.170, de 10 de junho de 1974, acerca do controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos;

considerando as disposições contidas na Lei n.º 6.360, de 23 de setembro de 1976, e no Decreto n.º 79.094, de 5 de janeiro de 1977, acerca do sistema de vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas os insumos farmacêuticos, correlatos e outros produtos;

considerando a finalidade institucional da Anvisa de promover a proteção da saúde da população, bem como suas atribuições legais, conforme estabelecido no art. 6º e nos incisos I, III, XVIII e XX do art. 7º, da Lei n.º 9.782, de 1999;

considerando as disposições contidas na Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, e no Decreto n.º 5.912, de 27 de setembro de 2006, acerca das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; das medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; das normas para repressão à produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;

considerando as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades estabelecidas na Política Nacional de Medicamentos, instituída pela Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998, que busca garantir condições para segurança e qualidade dos medicamentos consumidos no país, promover o uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais;

considerando a Resolução MERCOSUL/GMC/RES nº. 39/99, que dispõe sobre as associações de drogas em medicamentos e preparações magistrais que contenham anorexígenos;

considerando a Resolução nº 273, de 30 de agosto de 1995, do Conselho Federal de Farmácia, que veda ao farmacêutico por tempo indeterminado a formulação de produto magistral contendo associações medicamentosas, que tenham em sua formulação as substâncias: dietilpropiona ou anfepramona, d-fenfluramina, l-fenfluramina, fenproporex, manzidol, quando associadas entre si e/ou a outras substâncias de ação no sistema

nervoso central (inclusive as benzodiazepinas) e/ou substâncias de ação no sistema endócrino;

considerando a Resolução nº 1477, de 11 de julho de 1997, do Conselho Federal de Medicina, que veda aos médicos a prescrição simultânea de drogas tipo anfetaminas, com um ou mais dos seguintes fármacos: benzodiazepínicos, diuréticos, hormônios ou extratos hormonais e laxantes, com finalidade de tratamento da obesidade ou emagrecimento;

considerando o Consenso Latino-Americano de Obesidade, cuja finalidade é direcionar as recomendações sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade na América Latina;

considerando o elevado risco sanitário relacionado ao consumo indiscriminado de substâncias psicotrópicas anorexígenas e a necessidade de efetivação de medidas regulatórias que possibilitem o uso seguro de tais substâncias, e

considerando a necessidade de aprimorar o regime de controle e fiscalização das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, constantes das listas do Regulamento Técnico aprovado pela Portaria SVS/MS n.º 344, de 12 de maio de 1998, e suas posteriores atualizações, bem como pela Portaria SVS/MS n.º 6, de 29 de janeiro de 1999; resolve:

adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art.1º A prescrição, o aviamento ou a dispensação de medicamentos ou fórmulas medicamentosas que contenham substâncias psicotrópicas anorexígenas ficam sujeitas à Notificação de Receita “B2”, conforme modelo de talonário instituído nos termos do Anexo I desta Resolução.

§1º São consideradas substâncias psicotrópicas anorexígenas todas aquelas constantes da lista “B2” e seu adendo, assim elencadas na Portaria SVS/MS nº. 344, de 12 de maio de 1998, e suas atualizações.

§2º A Notificação de Receita “B2”, de cor azul, impressa às expensas do profissional ou instituição, terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da sua emissão e somente dentro da Unidade Federativa que concedeu a numeração.

§3º Além do estabelecido nesta Resolução, aplicam-se em relação à Notificação de Receita “B2” todas as disposições vigentes relativas ao preenchimento da Notificação de Receita “B”, assim como a respectiva concessão e entrega e demais competências da autoridade sanitária.

§4º As substâncias psicotrópicas anorexígenas também ficam sujeitas a todas às exigências estabelecidas na legislação em vigor, relativas a escrituração e Balanços Anuais e Trimestrais, assim como no que se refere à Relação Mensal de Notificações de Receita “B2” – RMNRB2, conforme modelo instituído no Anexo II desta Resolução.

Art. 2º Cada Notificação de Receita “B2” deve ser utilizada para tratamento igual ou inferior a trinta dias.

Parágrafo único. Fica vedada a prescrição, a dispensação e o aviamento de medicamentos ou fórmulas medicamentosas que contenham substâncias psicotrópicas anorexígenas com finalidade exclusiva de tratamento da obesidade acima das Doses Diárias Recomendadas (DDR), conforme a seguir especificado:

- I - Femproporex: 50,0 mg/dia;
- II - Fentermina: 60,0 mg/ dia;
- III - Anfepramona: 120,0 mg/dia;
- IV - Mazindol: 3,00 mg/dia.

Art. 3º Fica vedada a prescrição, a dispensação e o aviamento de fórmulas de dois ou mais medicamentos, seja em preparação separada ou em uma mesma preparação, com finalidade exclusiva de tratamento da obesidade, que contenham substâncias psicotrópicas anorexígenas associadas entre si ou com as seguintes substâncias:

- I – ansiolíticas, antidepressivas, diuréticas, hormônios ou extratos hormonais e laxantes;
- II – simpatolíticas ou parassimpatolíticas.

Art. 4º Configurada infração por inobservância de preceitos ético-profissionais, o órgão fiscalizador comunicará o fato ao Conselho Regional da jurisdição competente, sem prejuízo das demais cominações penais e administrativas.

Art. 5º O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor 120 dias após a data de sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO



Hospital Regional de Assis
Governo do Estado de São Paulo
Faculdade de Medicina de Marília
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Aprovado pela CONEP/MS em 09/11/2004 - RN 25000.165648/2004-93
Renovado em 13/12/2007
Praça Dr. Simphrônio Alves dos Santos s/nº, 19810-000 - Assis - SP
Tel.: (18) 3302-6000 R. 6079 E-mail: etica@hra.famema.br

Parecer nº 235/2009

Assis, 27 de maio de 2009.

Profª Drª Lucinéia dos Santos

Com referência ao Projeto de Pesquisa sob título: **"O uso de drogas anorexígenas por alunas do curso superior de enfermagem da FEMA – Assis - SP"** de autoria da aluna Claudete Donega Pinto sob vossa orientação, recebeu **PARECER FAVORÁVEL** por este CÉP, portanto, a coleta de dados poderá ser iniciada conforme previsto no cronograma.

Sugerimos, contudo, que o título seja modificado de forma a não expor os sujeitos de estudo.

Ressaltamos sobre a obrigatoriedade do pesquisador em entregar relatório final ao Comitê quando do término da referida pesquisa.

Sendo só para o momento, aproveitamos o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Teresa Cristina Prochet
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Hospital Regional de Assis

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Claudete Donega Pinto**, convido você para participar da pesquisa intitulada “O uso de drogas anorexígenas por alunas do curso superior de Enfermagem de uma Faculdade do interior paulista”. Trata-se de um trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem do qual sou aluna. O objetivo geral do estudo proposto pretende analisar os benefícios das drogas utilizadas, bem como os problemas relacionados decorrentes do uso destas. Para isso será necessário que aceite submeter-se a responder um questionário distinto, sendo que as perguntas serão direcionadas e objetivas. O questionário será realizado no período das aulas, sem que haja prejuízo das atividades. É importante ressaltar que não terá necessidade de se identificar, inclusive se estabelece por meio deste termo o compromisso de que sua identidade não será revelada em nenhuma situação, garantindo assim, o seu anonimato. A referida pesquisa não oferece riscos a sua integridade física, moral ou emocional. Após a assinatura e entrega desse documento fica inviável a sua desistência no decorrer do estudo, pois o questionário não terá identificação. Esclareço ainda que sua participação é voluntária e não está condicionada a receber qualquer benefício financeiro ou de outra espécie.

Caso aceite participar da pesquisa, favor assinar abaixo demonstrando sua anuência de que foram dadas as explicações necessárias, inclusive, que teve a oportunidade de tirar dúvidas e de que recebeu uma cópia desse termo.

Assis, / /2009.

Nome do Pesquisado: _____

Assinatura do Pesquisado: _____

Assinatura do Pesquisador _____

Claudete Donega Pinto
Rua: Hermes Rod. da Fonseca, 1335
Tel. (18) 3324-8074

Orientadora: Lucinéia dos Santos
Av. Oto Ribeiro, 271
Tel. (18) 3322-8928

Apêndice 2

QUESTIONÁRIO:

“USO DE MEDICAMENTOS ANOREXÍGENOS POR ALUNAS DO CURSO SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE UMA FACULDADE DO INTERIOR PAULISTA”.

1- Você se considera gorda?

() Sim () Não

2- De acordo com seu IMC, você é considerada uma pessoa obesa?

() Sim () Não

3- Já utilizou medicamentos para emagrecer?

() Sim () Não

4- Teve acompanhamento médico?

() Sim () Não

5- Qual medicamento você utilizou?

R: _____

6- O objetivo do tratamento foi atingido?

() Sim () Não

7- Qual o tempo de utilização?

() Até 30 dias () Até 6 meses () Até 1 ano

8- Você apresentou algum dos sintomas abaixo com o uso do medicamento:

() Boca Seca () Insônia () Taquicardia () Euforia () Falta de Ar

() Alteração de Humor () Hipertensão () Dependência

() Dor de Cabeça/Estômago () Depressão () Ansiedade/Pânico

9- Você se considera dependente do medicamento para emagrecer?

() Sim () Não

10- Já passou por avaliação nutricional para reduzir seu peso?

() Sim () Não

11- Pratica atividade física para reduzir o seu peso?

() Sim () Não