

USO DE MEDICAMENTOS PARA REDUÇÃO DE PESO CORPORAL

Silvana Ribeiro¹

Rosemary J. Monteiro de Carvalho²

RESUMO: Com a finalidade de emagrecimento rápido e sem muito esforço, vem aumentando o número de mulheres que utilizam medicamentos para redução de peso corporal no Brasil. Tem-se observado uso abusivo desses medicamentos, muitas vezes até mesmo sem prescrição médica, podendo levar a inúmeros prejuízos à saúde. Neste estudo foi pesquisado o uso de medicamentos para redução de peso corporal em 44 mulheres, atendidas na Clínica de Nutrição da Faculdade União das Américas. Das entrevistadas, 57% já utilizaram ou utilizam algum tipo de medicamento para reduzir peso. O medicamento mais citado entre as mulheres, foi a Sibutramina (40%), porém várias mulheres afirmaram que já utilizaram mais de um medicamento. Dentre as mulheres, 48% não possuíam prescrição médica e nem acompanhamento adequado. Em 92% dos casos, o uso não estava associado a patologias, o que se pode concluir que o uso estava ligado a um padrão de beleza estético. Das entrevistadas que utilizaram medicamentos, 76% alcançaram o objetivo de perda de peso esperado, comprovando a eficácia dessa utilização, porém após terem interrompido o uso dos medicamentos, 91% recuperaram peso novamente. Muitos efeitos colaterais foram citados pelas entrevistadas, totalizando 15 sintomas, sendo que 76% delas citaram a insônia. O número de mulheres que utilizaram medicamentos para reduzir peso foi elevado, mesmo sem a presença de patologia associada a obesidade, ficando evidente a busca por meios mais fáceis, porém não seguros, para chegar ao peso almejado.

Palavras chave: Obesidade; Medicamentos; Emagrecimento.

¹ Acadêmica do Curso de Nutrição da Faculdade União das Américas

² Professora do Curso de Nutrição da Faculdade União das Américas

USO DE MEDICAMENTOS PARA REDUÇÃO DE PESO CORPORAL

INTRODUÇÃO

Devido à pressão social, algumas mulheres são induzidas a tomar diversas atitudes para ter o tão sonhado “corpo ideal” e colocam em risco a própria saúde física e mental. O padrão de beleza atual requer das mulheres todo tipo de sacrifício para fazerem parte de um padrão estipulado pela sociedade, sempre relacionando a magreza à beleza.

Necessitamos do alimento, pois ele possibilita ao organismo realizar todas as funções necessárias para manter a vida, porém em determinado momento, algumas pessoas o vêem como inimigo e se privam dele para corresponder ao que a sociedade impõe. Muitas mulheres entram em um ciclo perigoso para reduzirem peso, onde inclui dietas sem orientações nutricionais, exercícios físicos em excesso e muitas vezes o uso de medicamentos sem prescrição e sem acompanhamento médico, colocando em risco sua saúde.

O tratamento com medicamentos para redução de peso corporal deve ser utilizado por aqueles que possuem índice de massa corpórea $IMC \geq 30\text{kg/m}^2$ ou com $IMC \geq 25\text{kg/m}^2$ com patologia associada, não sendo necessária a sua utilização à aqueles que desejam reduzir peso apenas por um padrão estético. Estes devem ser utilizados apenas quando for necessário, pois possuem muitos efeitos colaterais que devem ser descritos e acompanhados por um profissional qualificado.

Como há grande facilidade para adquirir e utilizar medicamentos para reduzir o peso corporal sem receita médica, aliado fato de causar resultados rápidos, cresce o uso de medicamentos para redução de peso entre mulheres no Brasil.

O objetivo desse trabalho foi identificar a frequência de mulheres que procuraram atendimento na Clínica de Nutrição da Faculdade União das Américas, no período de 18 de agosto a 13 de novembro de 2008 e que fizeram ou fazem uso de medicamentos para redução de peso corporal.

IMAGEM CORPORAL E AUTOESTIMA

O ser humano ao perceber o próprio corpo faz uma relação direta com a representação interna de suas vivências psíquicas, influenciando a relação estabelecida com o corpo (ações,

movimentos, postura etc.) e seu contato com o ambiente. O ser humano sofre várias mudanças no decorrer da vida, assim a imagem corporal está em constante mutação e o corpo é percebido de maneiras diferentes, dependendo de fatores como idade, doenças, cultura, psiquismo, etc. A imagem corporal é a figuração do corpo na mente, ou o modo pelo qual o corpo se apresenta para a pessoa (BUCARETCHI, 2003).

Na sociedade, esta imagem corporal está diretamente relacionada com a aprendizagem dos valores culturais e sociais. Há tendências em determinadas culturas para a hipervalorização de seus hábitos, vestes, costumes e as pessoas em função disso sofrem influência no modo de vivenciar a sua imagem corporal. Esse é tido como um fenômeno social. Para a constituição da imagem corporal há fatores intimamente relacionados com o mundo, o universo em que vivemos, o ambiente social e cultural, o corpo como estrutura física e a personalidade através do psiquismo (BUCARETCHI, 2003).

A imagem do corpo refere-se a como os indivíduos conceituam e experimentam seu corpo, conscientemente ou não, incluindo atitudes coletivas, sentimentos e fantasias, e também como as pessoas aprendem a organizar e a integrar suas experiências corporais. O corpo humano, assim como as roupas e adornos, veiculam informações e mensagens sobre sua cultura e a sociedade. Da mesma maneira, noções de beleza, tamanhos e formas ideais do corpo são culturalmente definidas. Se as representações do corpo são culturalmente estabelecidas, é evidente a necessidade de compreensão do fenômeno que vem ocorrendo, em particular nas sociedades ocidentais, onde essas representações estão vinculadas a um padrão de beleza que exige das mulheres transformações e sacrifícios, nem sempre obtidos, e que também geram insatisfações e frustrações (BUSSE, 2004).

Não se pode conceituar a imagem corporal sem fazer uma conexão com as atitudes e sentimentos que estão relacionados com a autoestima, que significa amor próprio, satisfação pessoal e, acima de tudo, estar bem consigo mesmo. Quando existe uma insatisfação, esta vai se refletir diretamente na autoimagem (BUCARETCHI, 2003).

A primeira manifestação da perda da autoconfiança é percebida quando o corpo que se tem não combina com o estereótipo idealizado pela sociedade. A busca por um corpo perfeito e magro, leva a uma forte obsessão por dietas e exercícios físicos, que podem conduzir a um adoecer psíquico. A hipervalorização do corpo ideal passa a ser mais importante que tudo na vida e em geral, a pessoa se esquece da criatividade, da inteligência e de outras conquistas que também são fatores determinantes para uma autoestima positiva (BUCARETCHI, 2003).

Os seres humanos, muitas vezes são influenciados pelos indicadores sociais ou ditadores das regras que determinam o padrão de beleza ideal. Em nome desse falso ideal,

pois o verdadeiro se encontra dentro de cada um e não nesses indicadores. Muitas mulheres se sentem inferiores, justamente por não conseguirem corresponder ao padrão estipulado pela sociedade (BUSSE, 2004).

A beleza dos dias atuais se manifesta indissociável da magreza, embora seja lógico que beleza e magreza não tenham uma afinidade natural. Infelizmente, algumas pessoas nesse caminho elegem o corpo como único representante de si mesmas e o controle do peso como forma de viver (PHILIPPI; ALVARENGA 2004).

A tirania dessa busca incansável para ter um corpo belo e perfeito, muitas vezes é a razão do fracasso e do confinamento social. As pessoas se prendem muito no corpo para conseguir sua própria felicidade, enganando a si mesmas, muitas vezes achando que quando estiverem magras o suficiente serão felizes e viverão tranquilamente, depositando toda esta busca simplesmente no físico. A realidade dos dias de hoje leva a crer que as pré-adolescentes crescem com grande chance de frustração com seus corpos. Há uma grande valorização da magreza e uma desvalorização dos aspectos que levam a uma vida saudável. Há 20 anos, as modelos pesavam 8% a menos que a média das mulheres em geral. Atualmente, esse valor subiu para 20%. O que não se considera é que modelos são minorias e que cada ser humano apresenta um físico diferente. Existem corpos mais arredondados, outros mais magros, e assim por diante (BUCARETCHI, 2003).

Muitos julgam que a mídia é a grande vilã. Ela não é a única, mas é uma grande responsável. Basta simplesmente verificar as bancas de jornal para constatar o número de revistas que mostram corpos perfeitos. O cinema e a televisão também reforçam esses aspectos. As pré-adolescentes aprendem desde cedo que é proibido ter uma barriguinha saliente, a aparência está acima de qualquer coisa, até mesmo da felicidade. A cada ano parece que o problema da insatisfação com a imagem corporal aumenta. Antes essa era uma preocupação das mulheres adultas, passando depois a ser de adolescentes, e agora, meninas na faixa etária de 8 e 10 anos já revelam uma preocupação exagerada com a imagem corporal e o peso (BUCARETCHI, 2003).

Devido ao fato do homem ter mudado seus conceitos de beleza, passando a valorizar um corpo cada vez mais magro, atlético, torneado, musculoso, ao contrário do corpo renascentista e cheio de curvas do passado, ficou cada vez mais difícil ficar magro e em forma com tanta disponibilidade de alimentos ao redor. O alimento é o responsável direto pela manutenção do nosso corpo, e não apenas de nossa saúde, mesmo assim ele acabou se tornando algo ameaçador. A sociedade sempre valoriza a magreza em particular e faz da obesidade uma condição altamente estigmatizada, as consequências psicossociais da

obesidade, composta por uma ênfase cultural na magreza, são tão sérias quanto as conseqüências médicas (PHILIPPI; ALVARENGA, 2004).

A anorexia e a bulimia nervosa são duas patologias intimamente relacionadas por apresentarem como sintomas comuns a representação alterada da forma corporal, preocupação excessiva com o peso e o medo patológico de engordar. Em ambos os quadros, os pacientes estabelecem um julgamento de si mesmos baseados simplesmente na forma física e do tamanho do corpo frequentemente distorcidos, mostrando-se insatisfeitos com o próprio corpo (BUSSE, 2004).

Modismos acompanham a vida social desde sempre, quando essa busca pela magreza vira obsessão, passa a ser uma doença e precisa ser tratada. A busca pela consciência corporal e por uma satisfação corporal muitas vezes não é fácil, às vezes é preciso se afastar do meio em que vive e resgatar a identidade de forma lenta e, aos poucos, ir retomando as atividades cotidianas com a devida orientação. Em outras palavras, é necessário mudar internamente esse padrão estabelecido (BUCARETCHI, 2003).

OBESIDADE

A realidade mundial mostra que enquanto pessoas sofrem por falta de alimentação, carecendo da falta de macro e micronutrientes, outras são vítimas do oposto, submetendo-se a repetidas dietas caras e desgastantes, tentando solucionar os estragos fisiológicos e estéticos que são causados pela obesidade e pela superalimentação. O reflexo da dificuldade que as pessoas ainda enfrentam de se alimentar para que com isso se sintam melhores e mais saudáveis, pode ser a obesidade. Define-se obesidade como uma enfermidade crônica, que se caracteriza pelo acúmulo excessivo de gordura, a um nível tal que a saúde esteja comprometida (CUPPARI, 2005).

O tratamento da obesidade hoje constitui um dos grandes desafios da prática médica. Devido a alta prevalência de comorbidades clínicas associadas ao excesso de peso, além de um grande comprometimento psicológico e funcional, a obesidade se tornou um problema não só dos médicos, mas também de diversos profissionais da área da saúde. Todos os pacientes que procuram tratamento para a obesidade devem receber algum tipo de orientação nutricional e de prática de atividade física. A implementação de alterações de comportamento pode melhorar muito a adesão do paciente às mudanças no seu estilo de vida. O tratamento

farmacológico deve ser usado apenas nos casos onde as medidas gerais não são suficientes (NUNES et al, 2006).

MEDICAMENTOS PARA REDUÇÃO DE PESO CORPORAL

O tratamento farmacológico é uma opção terapêutica controversa e sujeita a diversas críticas devido a inúmeros fatores, sendo estes, generalização da prescrição de medicamentos, erros no uso racional dos agentes que são disponíveis, abusos na comercialização de medicamentos manipulados, falta de crença na orientação do tratamento padrão, ou seja, orientação nos hábitos alimentares, exercício físico e mudanças no comportamento (NUNES et al, 2006; MANCINI, 2002).

As reações dos pacientes diante do uso de medicações auxiliares ao emagrecimento costumam ser radicais. De um lado, encontramos os que abominam, ou por experiências pessoais anteriores ou por exagero indiferenciado. De outro lado, há os que depositam na medicação toda a esperança do emagrecimento, fazendo desta o elemento principal do tratamento (BUSSE, 2004).

Um medicamento seguro deve possuir os seguintes critérios: 1) ser possível analisar a redução de peso corporal e melhorar as doenças associadas ao excesso de peso; 2) possuir efeitos colaterais toleráveis; 3) demonstrar ser seguro e eficaz mantendo isso a longo prazo; 4) ter um custo razoável; 5) que seu mecanismo de ação seja conhecido (MANCINI, 2002).

Os anoréticos são medicamentos controlados por lei. Quando se interrompe o uso prolongado dos anorexígenos, surgem períodos de fadiga e de depressão mental. Esses medicamentos podem tornar-se perigosos pelos seus efeitos adversos e possibilidade de criar dependência psíquica e física, aspectos que são piorados pela automedicação e prescrição verbal de amigos e parentes (SILVA, 2002).

O tratamento farmacológico é uma das principais abordagens no tratamento da obesidade. Estes devem ser apenas indicados nas seguintes situações: para pacientes com índice de massa corpórea (IMC) $\geq 30\text{kg/m}^2$ ou com IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$ com comorbidade associada. A farmacoterapia pode ser oferecida para os pacientes obesos que não conseguem perder peso por meio de atividade física e dieta (CARNEIRO, 2008; NUNES et al, 2006).

Fome e saciedade são sensações dissociadas em relação às substâncias que as controlam. Fome é a sensação de urgência para se alimentar e é o resultado de inúmeros fenômenos centrais e periféricos associados. A sensação da fome é inibida via

neurotransmissores das catecolaminas (norepinefrina e dopamina), na região hipotalâmica lateral, que é o centro da fome. A liberação destas substâncias nesta região agirá inibindo a fome. Saciedade é uma sensação de plenitude com uma certa quantidade de alimento e num determinado período de tempo, está relacionada a componentes cognitivos complexos e biológicos (NUNES et al, 2006; TOCK, 2005).

AÇÃO DOS MEDICAMENTOS

A) ANOREXÍGENOS DE AÇÃO CENTRAL

Promovem a liberação de norepinefrina (NE) no hipotálamo lateral (TOCK, 2005).

ANFETAMINAS

Em 1930, alguns pesquisadores notaram que a anfetamina, usada inicialmente para tratar a narcolepsia, provocava anorexia como efeito colateral, ao provocar liberação de norepinefrina no centro da fome, além de aumentar a taxa metabólica. Seus efeitos colaterais incluem: constipação intestinal, taquicardia, agressividade, insônia, cefaléia, agitação, quadro psicótico e dependência química (NUNES et al, 2006; TOCK, 2005).

Nos casos em que ocorre a tolerância, é preciso que a dose seja aumentada para que assim se consiga o mesmo resultado, o que pode acarretar ocorrência de efeitos secundários estimulantes sobre o sistema nervoso central, como angústia, ansiedade e pânico. Sendo assim, teve que ser retirada do mercado em 1976, devido a todos estes efeitos colaterais (CARNEIRO, 2008; TOCK, 2005).

Apesar de existir uma repressão severa da lei brasileira quanto à produção e comercialização dos anfetamínicos, existe um ativo tráfico clandestino que mantém o uso ilegal dessas drogas (SILVA, 2002).

Os anorexígenos atuais apresentam no seu núcleo o radical fenetilamina, que é responsável pelo efeito anoréxico produzido pelas anfetaminas, mas no resto da estrutura são muito diferentes. A porção da estrutura da anfetamina, que é a responsável pelos efeitos indesejáveis, não está presente no radical fenetilamina. Os novos medicamentos então não são anfetaminas, mas sim substâncias que compartilham com as anfetaminas o seu núcleo anoréxico, causando menos efeitos colaterais (NUNES et al, 2006; TOCK, 2005).

Surgiram então derivados com menor grau de dependência no lugar das anfetaminas. Sendo estas classificadas em quatro grupos em ordem decrescente, de acordo com a

capacidade de induzir a dependência. Os moderadores fazem parte do grupo IV, as substâncias que podem causar dependência estão no grupo I. Os graus de dependência variam de I a IV, sendo o IV o que causa menos dependência (NUNES et al, 2006; TOCK, 2005).

Atualmente as drogas anorexígenas utilizadas no Brasil são: anfepramona, mazindol e o femproporex (CARNEIRO, 2008; TOCK, 2005;).

ANFEPRAMONA

Antigamente conhecida como dietilpropiona, atua via noradrenalina, estimulando a liberação e bloqueando a recaptção. De todos os anoréxicos é o mais potente. Seus efeitos colaterais incluem: boca seca, agitação, insônia, cefaléia e constipação, em poucos casos podem ocorrer psicose ou depressão. Existem casos isolados de pacientes que relataram hipertensão pulmonar e psicose devido ao uso desse medicamento. Marcas comerciais: Cloridrato de anfepramona, Dualid S, Hipofagin S e Inibex S (FONSECA, 2007; TOCK, 2005; MANCINI, 2002).

MAZINDOL

Inibe a recaptção de norepinefrina no hipotálamo, no seu núcleo não apresenta o radical fenetilamina, sendo assim não é um derivado anfetamínico, porém apresenta efeitos muito parecidos aos medicamentos que possuem este núcleo. Podendo até mesmo desencadear síndrome do pânico. Marcas comerciais: Absten, Dasten, Fagolipo e Moderine (FONSECA, 2007; NUNES et al, 2006).

FEMPROPOREX

O femproporex age no sistema nervoso central, inibindo o centro da fome. Pode ocasionar alucinações, delírios e sintomas psicóticos que poderiam levar a pessoa a comportamento violento ou suicida. Por causar ausência de sono é muito usada por caminhoneiros para evitar o sono em longas viagens. Marcas comerciais: Desobesi M (FONSECA, 2007; SILVA, 2002).

FENMETRAZINA

Os estimulantes centrais do tipo fenmetrazina não são recomendáveis, devido ao seu potencial de criar dependência química. Na supressão do apetite, este medicamento parece ser mais eficiente que a anfetamina, porém além da dependência química, pode causar a dependência psíquica, principalmente quando usado em doses altas e uso prolongado. Os

efeitos tóxicos são os mesmos que se pode observar com a anfetamina. Marcas comerciais: Anorex, Apedine e Preludin (FONSECA, 2007; SILVA, 2002; FUCHS; WANNMACHER, 1998).

B) PROMOVEM A LIBERAÇÃO DE SEROTONINA E INIBEM SUA RECAPTAÇÃO

FENFLURAMINA/ DEXFENFLURAMINA

Agem inibindo a recaptação de serotonina, assim como aumentam o gasto energético. A fenfluramina produz sonolência e pode agravar os quadros de depressão mental. A dexfenfluramina é preferível à fenfluramina por provocar menos reações adversas do que esta última (TOCK, 2005; SILVA, 2002).

Os efeitos colaterais incluem náuseas, sonolência, boca seca e diarreia. Devido a sua eficiência, baixo custo e poucos efeitos colaterais, acredita-se que este medicamento tenha sido uma das melhores descobertas para o tratamento da obesidade (TOCK, 2005).

Porém, estes dois medicamentos tiveram que ser retirados do mercado mundial em 15 de setembro de 1997, por terem sido associados a lesões valvulares cardíacas e regurgitação. Estas duas drogas foram também relacionadas a hipertensão primária, uma doença rara e fatal. Marcas comerciais: Fluril, Isomeride, Minifage e Moderex (FONSECA, 2007; CARNEIRO, 2008; MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2003).

C) INIBE A RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA E NOREPINEFRINA

SIBUTRAMINA

A sibutramina atua através da inibição de noradrenalina e serotonina, o que induz a sensação de saciedade. Seus efeitos colaterais mais comuns incluem boca seca, dores nas costas, cefaléia, constipação, insônia e diarreia. São raros os casos, mas podem ocorrer desânimo, sede, náusea, nervosismo e palpitações. Possui baixo potencial para abuso, porém, é recomendada a observação cuidadosa da pressão arterial e frequência cardíaca dos pacientes que estão usando sibutramina. Este medicamento foi uma grande descoberta, não apenas para reduzir o peso corporal, mas também é muito eficiente na manutenção do peso. Marcas comerciais: Atenix, Fingrass, Plenty, Reductil e Sibutran (FONSECA, 2007; MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2003; SILVA, 2002).

D) MEDICAMENTO QUE AGE NO TRATO GASTROINTESTINAL

ORLISTAT

O orlistat é um inibidor da lipase de origem gástrica e pancreática, o que evita que 30% da gordura da dieta seja absorvida pelo trato gastrointestinal. É um agente que não tem ação no sistema nervoso central, portanto não suprime o apetite, age diretamente no trato digestório, inibindo a absorção de gordura. Os efeitos colaterais são: fezes oleosas, urgência fecal, aumento de número de evacuações e flatulência com ou sem eliminação de gordura. O orlistat e a sibutramina têm sido muito utilizados em conjunto, uma vez que os seus mecanismos de ação são diferentes. Marca comercial: Xenical (FONSECA, 2007; NUNES et al, 2006; SILVA, 2002).

E) INIBEM A RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA NO CENTRO DA FOME

FLUOXETINA

Este medicamento inibe a recaptção de serotonina. Entre seus efeitos colaterais estão: ansiedade, náuseas, boca seca, diarreia, distúrbios do sono, sudorese, tremores, amnésia, diminuição da libido, em indivíduos predispostos podem ocorrer idéias suicidas. Em pacientes que fizeram tratamento com doses altas notou-se aumento no peso corporal, é bem provável que tenha ocorrido devido o aumento da ansiedade. Utiliza-se este medicamento em pacientes com depressão e distúrbios alimentares produzindo ótimos resultados. Durante a tensão pré-menstrual diminui a ingestão de carboidratos, também é utilizada para tratar apnéia respiratória. Marcas comerciais: Cloridrato de Fluoxetina, Daforin, Eufor 20, Fluxene, Prozac e Verotina (FONSECA, 2007; TOCK, 2005; MANCINI, 2002).

SERTRALINA

Inibe a recaptção de serotonina e é mais potente que a fluoxetina. Podem causar: diarreia, diminuição da libido, náuseas, vertigens, tremores e dispepsia. Muito utilizada para tratar distúrbios alimentares e depressão, relacionadas a obesidade. Marcas comerciais: Assert, Efexor, Seronip, Tolrest e Zoloft (FONSECA, 2007; TOCK, 2005).

F) MEDICAMENTOS QUE AGEM AO NÍVEL PERIFÉRICO (TERMOGÊNICOS)

São drogas responsáveis por aumentar o gasto energético, sendo as mais conhecidas, efedrina, cafeína e hormônio tireoidiano (TOCK, 2005).

EFEDRINA/ CAFEÍNA

O uso desses medicamentos não explica a redução de peso corporal pelo gasto energético que causa. Boa parte de seus efeitos pode ser pela ação anoréxica. Os efeitos colaterais incluem: taquicardia, insônia, agitação e tremores. A literatura ainda é controversa quanto a utilização desta droga, é necessário mais estudos para uma conclusão mais precisa. Marcas comerciais: Efedrin e Unifedrine (FONSECA, 2007; TOCK, 2005, GOODMAN; GILMAN, 2003).

HORMÔNIO TIREOIDIANO

Somente pode ser utilizado em pacientes com hipotireoidismo. Não deve ser utilizado para fins de emagrecimento, pois possui graves efeitos colaterais. Várias pesquisas estão sendo feitas para encontrar substâncias que possuam efeitos parecidos com este hormônio e que possuam eficácia nos adipócitos, podendo se tornar um grande avanço para que se possa tratar a obesidade. Marcas comerciais: Levotiroxina sódica, Liotironina, Euthyrox, Tetroid, e Triidotironina (FONSECA, 2007; TOCK, 2005).

G) MEDICAMENTOS RECENTES PARA TRATAR A OBESIDADE

RIMONABANT

É um antagonista do receptor endocanabinóide-1 (CB1), tem ação no sistema nervoso central, diminui a ingestão alimentar, assim como no tecido adiposo periférico. Muitos estudos ainda estão em andamento, mas há muitas promessas de que este medicamento será muito importante no tratamento da obesidade. Marca comercial: Acomplia (FONSECA, 2007; NUNES et al, 2006).

TOPIRAMATO

Inicialmente foi utilizado como um anticonvulsivante, após se notou que os pacientes que eram tratados com este medicamento apresentavam perda de peso e anorexia, como efeitos colaterais, além deste, há ainda calculose renal, enjôos, fadiga, sonolência e confusão mental. Possui eficiência no tratamento para reduzir peso em pacientes com compulsão

alimentar. Mas, para garantir a eficácia, são necessários mais estudos sobre este medicamento
 Marca comercial: Topamax (FONSECA, 2007; TOCK, 2005).

BUPROPIONA

Este medicamento é utilizado como um antidepressivo e um antitabaco, seu uso esta relacionado a perda de peso em alguns pacientes. Suas propriedades antidepressivas estão relacionados ao nível serotoninérgico, inibe a recaptção de dopamina e noradrenalina. Seus efeitos colaterais incluem constipação, boca seca, náusea, insônia e reações alérgicas. Vários estudos indicam que este pode ser um medicamento promissor para tratar a obesidade. Marcas comerciais: Zetron, Zyban e Wellbutrin (FONSECA, 2007; NUNES et al, 2006).

A seguir apresentada tabela resumo com medicamentos, mecanismo de ação, efeitos, grau de dependência e efeitos colaterais (Tabela 1).

Tabela 1: Medicamentos e seus efeitos

Medicamentos	Mecanismo de ação	Efeito	Dependência	Efeitos colaterais
Anfetamina (Fenmetrazina)	Aum. lib. NE, não recaptção, aum. gasto periférico.	Diminuição da fome	I	Insônia, cefaléia, taq., agitação psicomotora.
Anfepramona	Aum. lib. NE, não recaptção, aum. gasto periférico.	Diminuição da fome	IV	Insônia, cefaléia, taq., agitação psicomotora.
Femproporex	Aum. lib. NE, não recaptção, aum. gasto periférico.	Diminuição da fome	IV	Insônia, cefaléia, taq., agitação psicomotora.
Mazindol	Inibe reca. NE, aum. gasto periférico.	Diminuição da fome	IV	Insônia, agitação, cefaléia, sínd. do pânico.
Fluoxetina	Inib. específico, rec. serotonina.	Diminui C. Al. Antidepressivo,	Baixa	Náuseas, diarreia, boca seca, diminui

		aumenta a saciedade		libido, ansiedade.
Sertralina	Inib. específico, rec. serotonina, mais potente	Diminui C. Al. Antidepressivo,	Baixa	Diarréia, náuseas, tremores, diminui libido, sudorese.
Fenfluramina Dexfenfluramina	Aum. lib., inibe rec. serotonina, aumenta taxa metabólica.	Aumenta saciedade	IV	Sono, boca seca, diarréia, náuseas, LV cardíaca.
Sibutramina	Inibe recap. serotonina e NE	Aumenta saciedade	Baixa	Insônia, cefaléia, Taq., boca seca, hipertensão.
Orlistat	Inibição parcial lípases intestinais	Diminuição absorção de gordura	_____	Flatulência, Incont. fecal, Deficiência Vit. Lipossolúveis.
Topiramato	Antiepiléptico, perda de peso	Diminui compulsão	_____	Sono, enjôos, fadiga, confusão mental.
Bupropiona	Diminui recaptção de NE e dopamina	Antidepressivo Diminui C. Al.	_____	Náuseas, boca seca, insônia, mialgia.

Fonte: (TOCK, 2005).

Grau de dependência: São classificadas em quatro grupos em ordem decrescente, de acordo com a capacidade de induzir a dependência, os moderadores fazem parte do grupo IV, as substâncias que podem causar dependência estão no grupo I. Os graus de dependência variam de I a IV, sendo o IV o que causa um menor grau de dependência.

USO DE MEDICAMENTOS NO BRASIL

Em termos de consumir anorexígenos, o Brasil é um dos maiores consumidores do mundo. No ano de 1991, das importações mundiais de anfepramona, 52% foram feitas pelo Brasil. No ano de 1992 foi responsável por 60% das importações mundiais do medicamento femproporex. Esses índices altos demonstram que há abusos por parte da população brasileira em relação ao uso dos anorexígenos (BRANDÃO, 2006; SILVA, 2002).

O número de estabelecimentos autorizados a trabalharem com esse tipo de medicação, no período de sete anos, entre 1987 e 1993, teve um aumento de quase oito vezes. Apesar de ser uma medicação de uso autorizado, a prescrição ilegal é comum e lucrativa. Inúmeras farmácias vendem estas substâncias sem receita apropriada (amarela). Com isso, temos muitos indícios de que a população brasileira está sendo medicada de forma indevida. Mudar esse quadro é muito difícil, pois as pessoas que usam anorexígenos são resistentes a interrupção de seu uso antes de atingirem o peso desejam (BRANDÃO, 2006; SILVA, 2002).

METODOLOGIA

A pesquisa do tipo descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem que haja manipulação, portanto sem que o pesquisador interfira (CERVO; BERVIAN; 1983).

Nesta pesquisa foi estudado o uso de medicamentos para redução de peso corporal por 44 mulheres com idade igual ou superior a 10 (dez) anos, que procuraram atendimento na Clínica de Nutrição da Faculdade União das Américas de Foz do Iguaçu/PR. Para o levantamento de dados foi utilizado questionário elaborado pela autora (Apêndice I), que continha 13 perguntas, as quais eram divididas em perguntas objetivas e subjetivas, sendo aplicado pelas estagiárias da Clínica no período de 18 de agosto a 13 de novembro de 2008. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), utilizado rotineiramente pela Clínica de Nutrição da Faculdade União das Américas, permitindo o uso nessa pesquisa das informações coletadas.

Após serem levantados os dados, os mesmos foram tabulados e apresentados na forma de figuras, sendo os seus resultados discutidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A figura 1 mostra que das 44 mulheres entrevistadas, 50% destas, relataram já terem feito algum tipo de dieta para redução de peso corporal. Existem vários tipos diferentes de dietas, todas deveriam ter como objetivo uma perda de peso saudável, sustentada e que proporcione benefícios adicionais à saúde do paciente. Porém o que se nota é que cada vez mais pessoas são tentadas a seguirem as dietas ditas da moda, sem nenhum tipo de orientação adquirem hábitos alimentares nada saudáveis, levando em consideração que normalmente voltam a engordar, algumas vezes até mesmo mais do que eliminaram, ou seja, sem benefícios adicionais (NUNES et al, 2006).

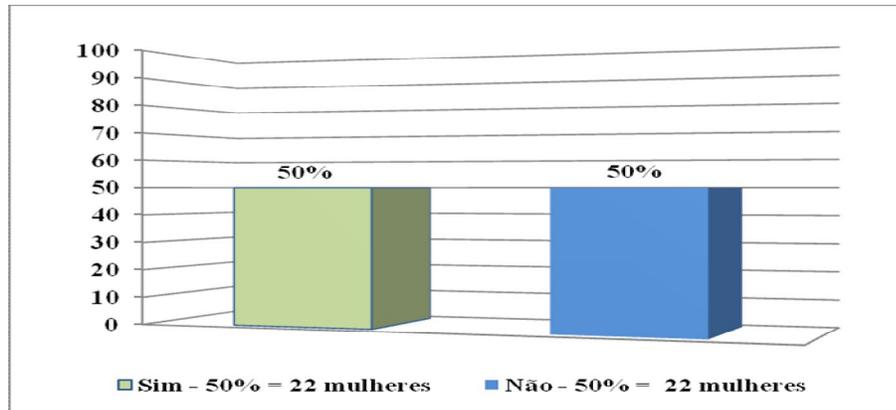


Figura 1: Frequência de mulheres que utilizaram dieta para reduzir o peso corporal.

Conforme demonstrado na figura 2, das mulheres que fizeram algum tipo de dieta, 86% acabaram consumindo algum tipo de medicamento para auxiliar na perda de peso corporal. Das que nunca fizeram dieta, 27% tomaram medicamentos para redução de peso corporal, mesmo sem tentativas anteriores para reduzir peso. Não levaram em consideração que existem tipos distintos de intervenção, que devem ser seguidos, sendo estes: tratamento nutricional, atividade física, tratamento psicológico, tratamento farmacológico e em último caso o tratamento cirúrgico (NUNES et al, 2006).

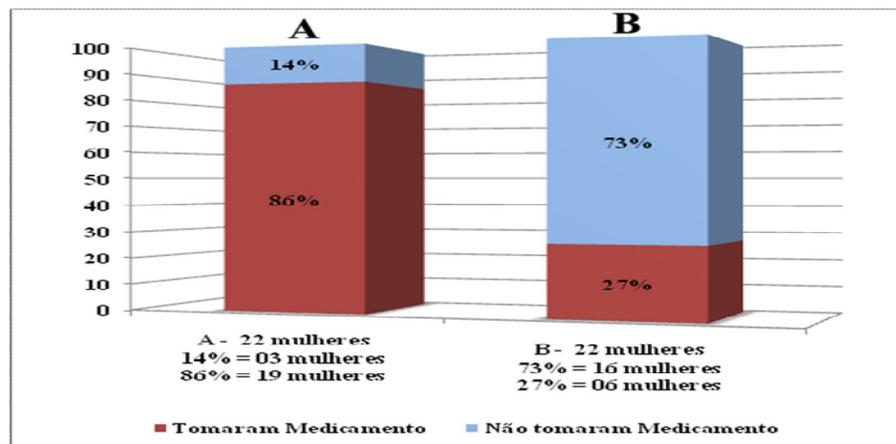


Figura 2: Frequência de mulheres que fizeram dieta e uso de medicamentos (A) e não fizeram dieta e fizeram uso de medicamentos (B).

Das 22 mulheres que fizeram dieta, 14% não utilizaram medicamentos e 86% utilizaram. Das 22 mulheres que não fizeram dieta, 73% não utilizaram medicamentos, enquanto 27% utilizaram.

A figura 3 mostra que 57% das entrevistadas, utilizaram ou utilizam medicamentos para redução de peso corporal. Deve-se ressaltar que a farmacoterapia deve ser oferecida apenas para os pacientes obesos que não conseguem reduzir peso por meio de dieta e atividade física ou quando há alguma patologia associada ao quadro de obesidade (NUNES et al, 2006).

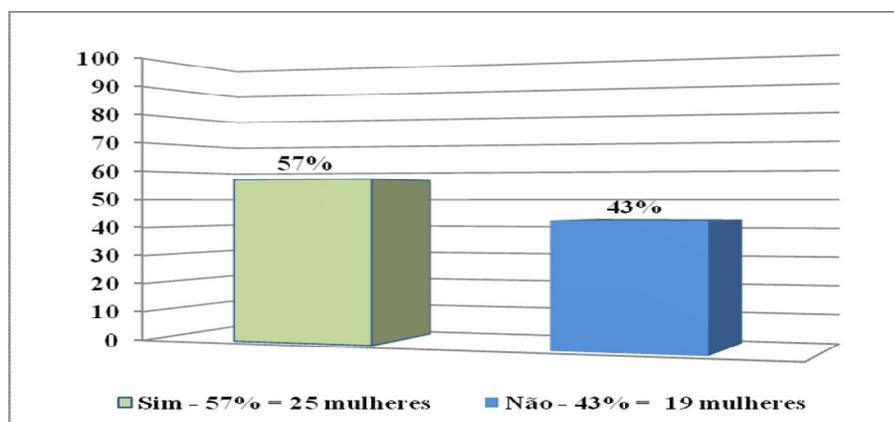


Figura 3: Frequência de mulheres que utilizaram ou utilizam medicamentos para redução de peso corporal.

Na tabela 2 está relacionada a frequência de medicamentos utilizados para reduzir o peso corporal.

Tabela 2: Frequência dos Medicamentos utilizados

Fenmetrazina	1 pessoa = 4%	Anfepramona	2 pessoas = 8%
Femproporex	3 pessoas = 12%	Dexfenfluramina	1 pessoa = 4%
Fluoxetina – Sertrolina	1 pessoa = 4%	Sibutramina	10 pessoas = 40%

Na tabela 2, nota-se que 40% das mulheres responderam que utilizaram ou utilizam a Sibutramina, este é um medicamento recente que tem como mecanismo de ação estimular o centro da saciedade, o que favorece menor ingestão de alimentos (TOCK, 2005).

Na tabela 3 está relacionada a frequência de substâncias utilizadas para redução de peso.

Tabela 3: Frequência das Substâncias utilizadas

Cavalinha	1 pessoa = 4%	Natura (suplemento)	1 pessoa = 4%
Magri 10	1 pessoa = 4%	Quitosana	1 pessoa = 4%
Medicamento manipulado	3 pessoas = 12%		

As substâncias apresentadas na tabela 3 foram citadas pelas mulheres entrevistadas como se fossem medicamentos. A Quitosana é uma fibra derivada da quitina retirada do exoesqueleto de crustáceos, quando é ingerida antes das refeições e associada a uma dieta hipocalórica, tem a capacidade de formar um gel quando em contato com as condições estomacais, tornando-a uma boa absorvedora de gorduras. O Magri Diet é um kit composto por adoçante e dois frascos de quitosana (FONSECA, 2007).

O uso da Cavalinha foi mencionada, sendo que esta substância é utilizada como diurético. O uso de suplemento também foi citado. Algumas mulheres relataram o uso de medicamentos manipulados, porém não informaram quais substâncias estavam presente na fórmula.

A figura 4, mostra que ao questionar as mulheres se estas possuíam prescrição médica, nota-se que 48% não possuíam prescrição, esses medicamentos devem ser utilizados sob supervisão médica contínua, o tratamento e a escolha medicamentosa são moldados para cada paciente. Os pacientes precisam ser orientados sobre os possíveis efeitos colaterais, a falta de dados sobre segurança a longo prazo e a natureza temporária da perda de peso obtida com medicações (NUNES et al, 2006).

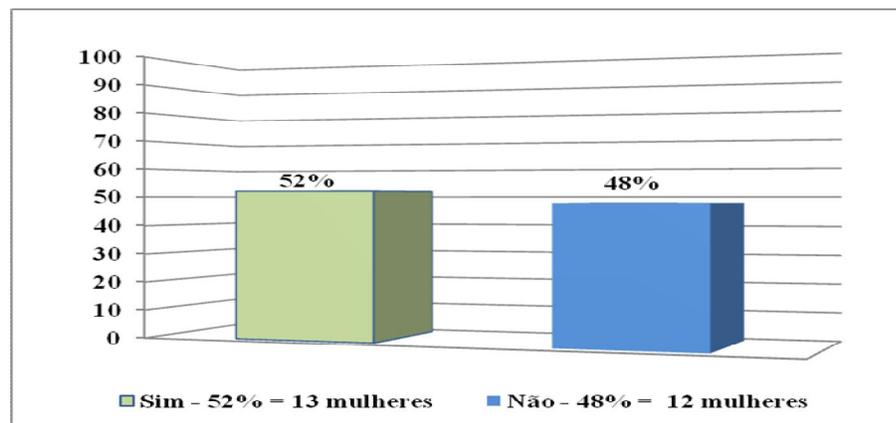


Figura 4: Frequência de mulheres que fizeram uso de medicamento com e sem prescrição médica.

Na figura 5, nota-se que entre aquelas que utilizaram medicação para redução de peso, 40% utilizaram de 31 a 150 dias. Alguns autores sugerem que esses medicamentos devem ser utilizados como coadjuvantes durante um curto período, acreditando que logo após o paciente poderia adquirir o controle necessário para alcançar o peso ideal e o manter. Porém, outros

autores sugerem a utilização durante longo período. Entende-se por curto prazo 3 meses e longo prazo 1 ano (NUNES et al, 2006; TOCK, 2005).

Para os medicamentos anorexígenos a utilização deve ocorrer pelo menor tempo possível. Devido ao seu alto potencial de causar dependência, não é recomendado em tratamentos que ultrapassem 8 a 12 semanas, porém alguns estudos têm sugerido como limite 6 semanas de uso (CARNEIRO, 2008).

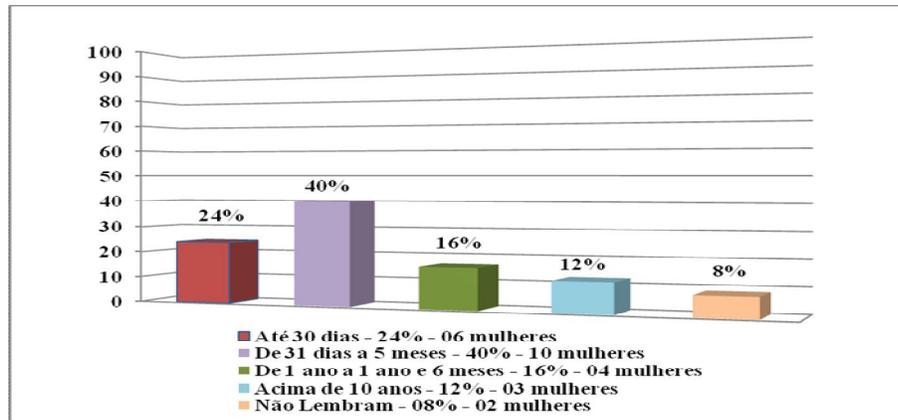


Figura 5: Frequência do tempo de utilização dos medicamentos para redução de peso.

A figura 6, mostra que dentre as mulheres que foram entrevistadas, 92% confirmaram que utilizaram medicação mesmo sem patologia associada. Está indicado o tratamento farmacológico quando o paciente possui um IMC maior que 30kg/m² ou quando o indivíduo apresenta doenças associadas ao excesso de peso, com IMC superior a 25kg/m², em situações nas quais o tratamento com dieta, exercício ou aumento da atividade física e modificações comportamentais provou não dar resultados (CARNEIRO, 2008; MANCINI, 2002).

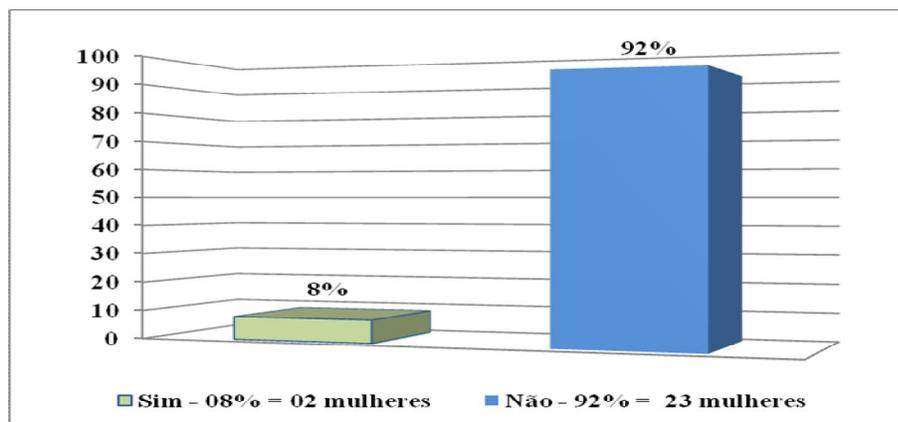


Figura 6: Frequência de mulheres que utilizaram medicamentos tendo patologias associadas.

Na figura 7, percebe-se que 76% das mulheres entrevistadas relataram que obtiveram o resultado desejado, o que confirma que os medicamentos para redução de peso corporal possuem grande eficácia.

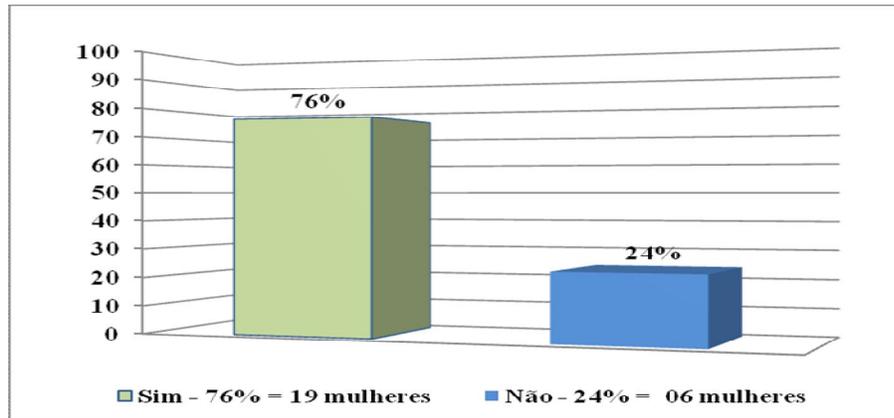


Figura 7: Frequência de mulheres que obtiveram o resultado esperado com o uso de medicamentos.

A figura 8, mostra que 36% das entrevistadas reduziram acima de 10kg, mas com a perda do peso vieram também os efeitos colaterais relatados no decorrer do estudo. O objetivo inicial de redução de peso é de 10%, uma vez tendo sido atingido, pode ser planejada uma redução e manutenção de peso. A média preconizada é a redução de 1 kg de peso corporal por semana, na redução e manutenção do peso, além da orientação alimentar, da atividade física, deve ocorrer mudança comportamental (TOCK, 2005).

Entre as mulheres que não reduziram peso, ou seja, 12%, provavelmente deve-se ao seu curto tempo de uso, nota-se que as mesmas utilizaram os medicamentos por um período inferior ou igual a 20 dias.

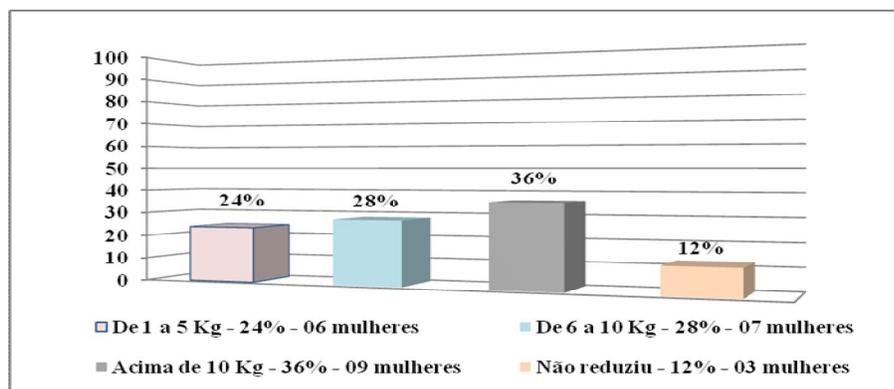


Figura 8: Frequência de redução de peso corporal.

A figura 9 mostra que as mulheres, após terem parado o uso de medicamentos, voltaram a engordar. Os medicamentos não funcionam quando não são tomados. De acordo com a literatura, é esperado que essas mulheres voltem a engordar, o que aconteceu com o grupo pesquisado (NUNES et al, 2006).

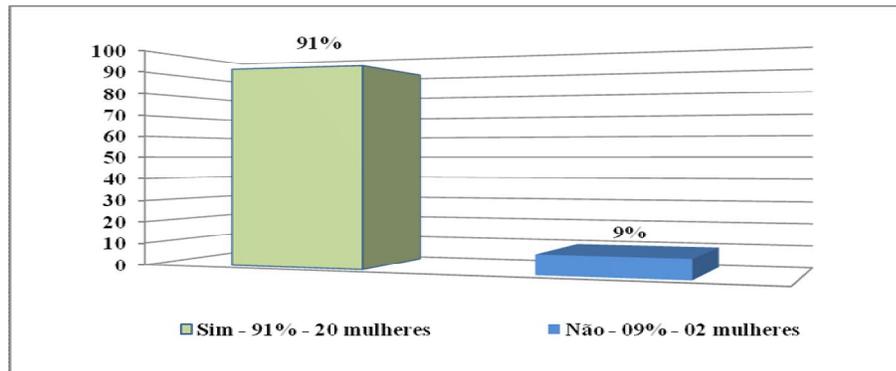


Figura 9: Frequência de mulheres que recuperaram o peso após terem parado com os medicamentos.

Na figura 10, nota-se que o efeito colateral mais citado foi o da insônia, aparecendo em 76% das respostas. Outros sintomas foram relatados, sendo estes, agitação, ansiedade, choro intenso, nervosismo, perda de memória, problema no rim, sede, taquicardia e tontura (não foi feita frequência dos dados). Os medicamentos têm efeitos colaterais, e os benefícios e riscos devem ser pesados cuidadosamente para cada indivíduo, vale ressaltar que o tratamento deve ser mantido apenas quando considerado seguro e efetivo para o paciente (NUNES et al, 2006; MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2003).

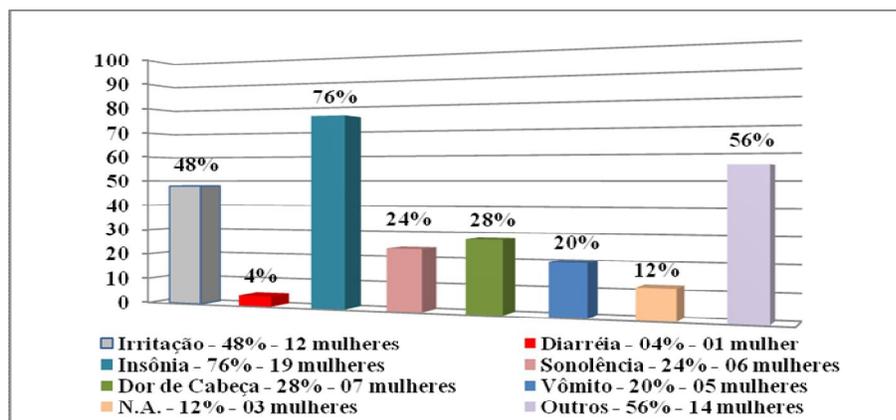


Figura 10: Frequência de efeitos colaterais relatados.

Na figura 11, quando todas as mulheres foram questionadas sobre sua percepção corporal, 89% responderam que se consideram acima do peso.

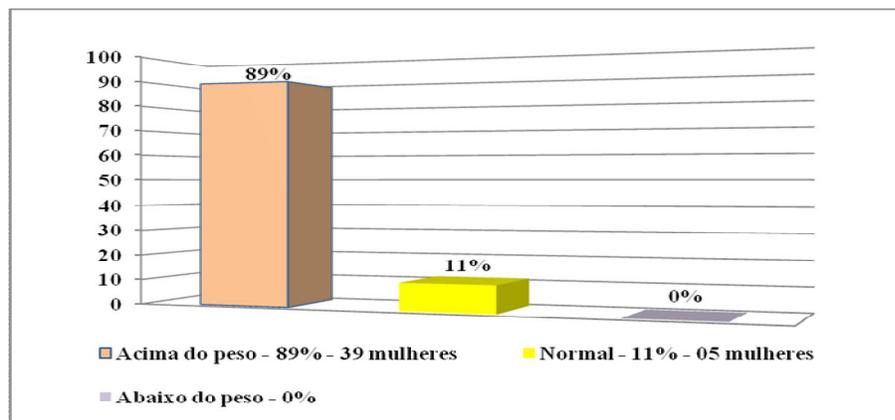


Figura 11: Frequência de percepção corporal entre todas as mulheres entrevistadas.

A figura 12, mostra que das mulheres que utilizaram medicamentos para redução de peso, 92% consideram que estão acima do peso. Grande parte das mulheres se sentem pressionadas a corresponder a um padrão de beleza imposto pela cultura, acreditando que seu valor está vinculado à boa aparência. Para elas e para a cultura, boa aparência é sinônimo de magreza.

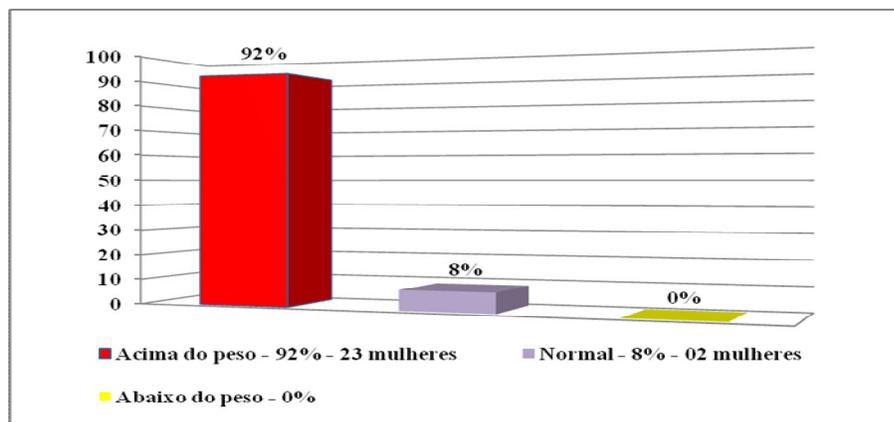


Figura 12: Frequência de percepção corporal entre as mulheres que utilizaram medicamentos para reduzir o peso.

Nota-se na figura 13, que se baseado no IMC (índice de massa corpórea) de todas as entrevistadas, 75% estão acima do peso.

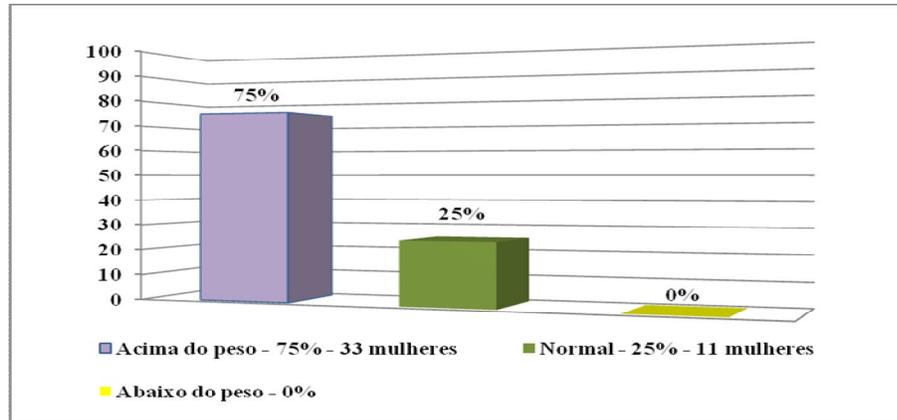


Figura 13: Frequência de IMC de todas as mulheres entrevistadas.

Na figura 14, entre as mulheres que utilizaram medicamentos para redução de peso, baseando-se no seu IMC e na sua percepção corporal, nota-se que 16% têm distorção de imagem, pois estão com o peso normal para sua altura, mas mesmo assim, consideram-se acima do peso.

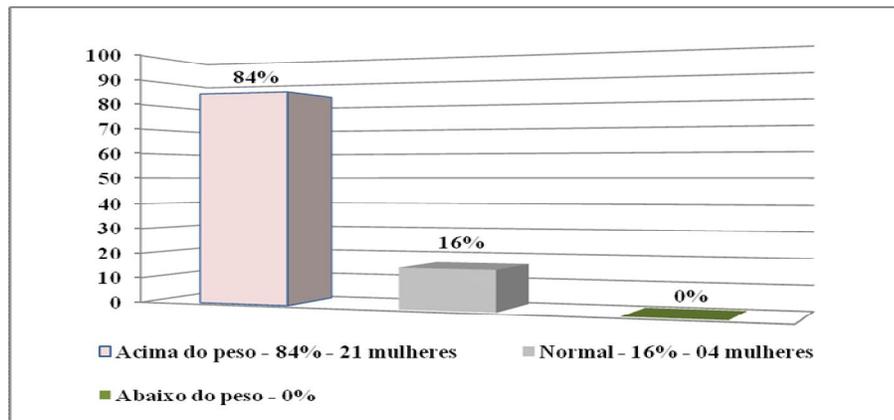


Figura 14: Frequência de IMC das mulheres que utilizaram medicamentos para redução de peso.

A figura 15, mostra um levantamento da idade de todas as mulheres que participaram da entrevista, nota-se que 73% das entrevistadas tinham entre 12 a 40 anos de idade.

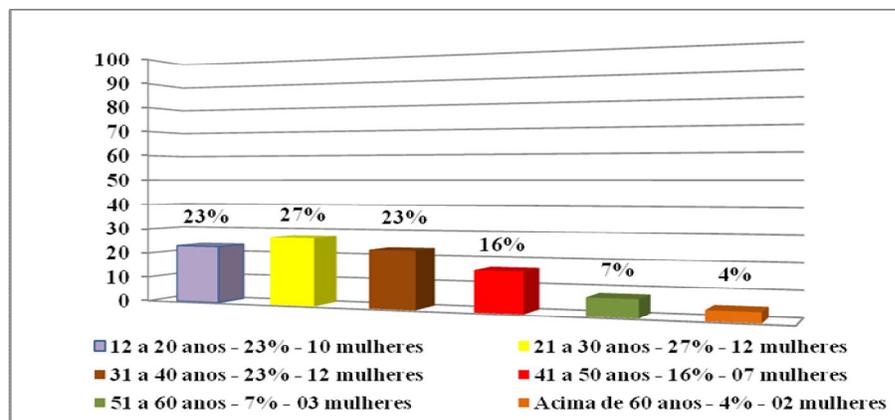


Figura 15: Frequência da idade de todas as mulheres entrevistadas.

Na figura 16, analisando a faixa etária de todas as mulheres que tomaram medicamento para redução de peso corporal, observa-se que 76% estavam na faixa etária de 21 a 40 anos de idade, porém a menor idade entre as mulheres pesquisadas que utilizaram medicamentos foi de 18 anos de idade.

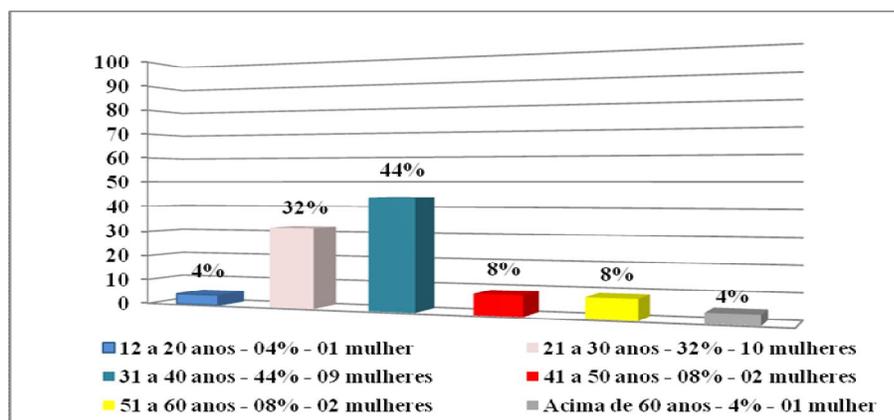


Figura 16: Frequência da idade das mulheres que utilizaram medicamentos para redução de peso corporal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A frequência de mulheres que utilizaram ou utilizam medicamentos para redução de peso corporal foi de 57%. Entre essas 48% não possuíam prescrição médica, caracterizando automedicação. A automedicação pode trazer muitos malefícios a saúde, tanto físicos quanto psicológicos.

A sibutramina foi citada como o medicamento mais utilizado, 40% das mulheres fazem uso desse medicamento, especialmente na fronteira Brasil-Paraguai existe o comércio ilegal de sibutramina, sendo esta vendida com preço acessível e não sendo necessária receita médica, muitas mulheres não observando a necessidade de acompanhamento profissional capacitado, simplesmente se sentem atraídas e recorrem a estes medicamentos que prometem emagrecimento rápido sem a necessidade de mudança de hábitos na alimentação.

Existem casos em que é necessário o uso desses medicamentos, mas sempre associado a reeducação alimentar e a prática de atividade física, não é correto acreditar que um simples comprimido trará resultados duradouros. Foi comprovado neste estudo que 91% das mulheres recuperaram o peso após a interrupção do uso do medicamento. Realmente os medicamentos são eficazes no que diz respeito a redução de peso corporal enquanto são utilizados, mas não descarta a necessidade da mudança de hábitos alimentares e adoção de um estilo de vida mais saudável.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Celso da Costa. **Anoréticos**. Disponível em: <http://cvirtual-anvisa.bireme.br/tiki-read_article.php?articleId=473>. Acesso em: 06 junho 2008.

BUCARETCHI, Henriette Abramides. (Org.). **Anorexia e Bulimia Nervosa: Uma Visão Multidisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BUSSE, Salvador de Rosis. (Org.). **Anorexia, Bulimia e Obesidade**. Barueri, São Paulo: Manole, 2004.

CARNEIRO, Mônica de Fátima Gontijo; GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso; ACURCIO, Francisco de Assis. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n.8, p. 1763 – 1772, 2008.

CERVO, Luiz Amado; BERVIAN, A. Pedro. **Metodologia científica para uso dos estudantes universitários**. 3 ed. Rio de Janeiro: Mc GrawHill, 1983.

CUPPARI, Lilian. **Nutrição Clínica no Adulto**. Barueri, 2. ed. São Paulo: Manole, 2005.

FONSECA, Almir L. Da (Org.). DEF: **Dicionário de Especialidades Farmacêuticas**. 36. ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 2007.

FUCHS, Flávio Danni; WANNMACHER, Lenita. **Farmacologia Clínica: Fundamentos da Terapia Racional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1998.

GILMAN, Alfred Goodman. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2003.

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 10. ed. São Paulo: Roca, 2003.

MANCINI, Márcio C.; HALPERN Alfredo. Tratamento Farmacológico da Obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. São Paulo, v. 50, n. 2, p. 377-389, 2006.

NUNES, Maria Angélica et al **Transtorno Alimentar e Obesidade**. 2. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

PHILIPPI, Sônia Tucunduva; ALVARENGA, Marle. **Transtornos Alimentares: Uma Visão Nutricional**. Barueri, São Paulo: Manole, 2004.

SILVA, Penildon. **Farmacologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2002.

TOCK, Lian. Tratamento Medicamentoso da Obesidade: Tópicos Atuais e Futuros. In: DÂMASO, Ana; TOCK, Lian. **Obesidade: Perguntas e Respostas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 196 – 221.



Apêndice I:

PESQUISA USO DE MEDICAMENTOS PARA REDUÇÃO DE PESO CORPORAL

Nome: _____ Data da consulta: ____/____/____.

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

1) Alguma vez já fez regime/dieta para reduzir o peso corporal?

() Sim () Não

2) Já utilizou ou utiliza algum medicamento para reduzir o peso?

() Sim () Não Qual? _____

3) Teve prescrição médica?

() Sim () Não () N.A.

4) Durante quanto tempo utilizou o medicamento?

5) A necessidade do uso do medicamento estava associada a alguma patologia?

() Sim () Não () N.A. Qual? _____

6) Obteve o resultado esperado?

() Sim () Não () N.A.

7) Quantos quilos reduziu com o medicamento?

() 1 a 5Kg () 6 a 10Kg () Acima de 10Kg

8) Voltou a engordar?

() Sim () Não () N.A.

9) Observou algum efeito colateral?

() Irritação () Insônia () Dor de cabeça () N.A.
() Diarréia () Sonolência () Vômito () Outros _____

10) Quais os motivos que a levaram a tomar este tipo de medicamento?

11) Faz uso de laxantes com intuito de reduzir o peso?

() Não () Sim

12) Faz uso de diuréticos com intuito de reduzir o peso?

() Não () Sim

13) De acordo com sua percepção corporal, você se considera:

() Acima do peso () Normal () Abaixo do peso

Obs: Quando não há uso de medicamentos para a redução de peso corporal, colocar N.A. (Não Aplicável), nas questões relacionadas.

Anexo I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Clínica Uniamérica).