

INIBIDORES DE APETITE NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE SEU CONSUMO NOS ANOS DE 2009 A 2011

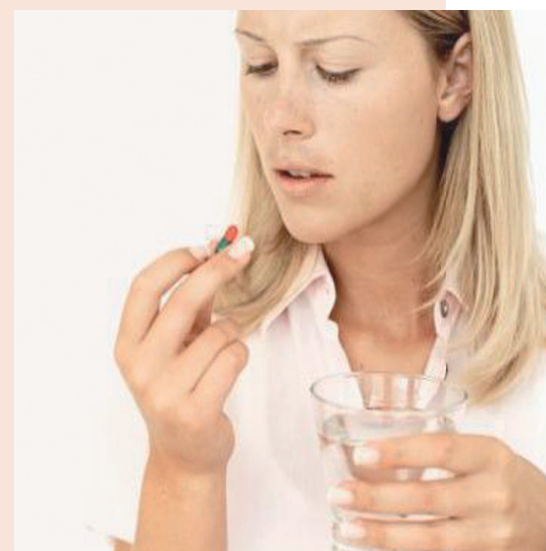
INTRODUÇÃO

Por vários anos, o Brasil foi apontado como o maior consumidor de inibidores de apetite do mundo com evidências de problemas na prescrição, venda e uso desses medicamentos¹⁻⁹ que contribuem para o chamado uso irracional de medicamentos^a. Há mais de uma década, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)^b, preocupada com essa situação, adotou diferentes medidas de regulação subsidiada por vários fóruns de discussão com a sociedade e que culminou, em 2011, com o cancelamento dos registros dos medicamentos anfepramona, femproporex e mazindol e o estabelecimento ainda maior de controle sanitário sobre a venda de sibutramina no país¹¹. Particularmente, esse cenário referente aos inibidores de apetite no país, também impulsionou a criação e implantação, em 2007, do Sistema Nacional de Gerenciamento de

Produtos Controlados (SNGPC). Esse sistema é responsável pelo controle e monitoramento da prescrição e consumo dos medicamentos da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, que são comercializados em farmácias e drogarias do país^c, a exemplo dos inibidores de apetite.

Este número do Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC apresenta uma análise da relação entre o consumo de inibidores de apetite (anfepramona, femproporex, mazindol e sibutramina) e variáveis explicativas para esse consumo, a partir de estimações feitas por modelo farmacoeconômico^d dinâmico^e de dados em painel^f das capitais brasileiras e do Distrito Federal (DF) nos anos de

2009 a 2011. A justificativa desse tema é contribuir empiricamente para uma reflexão sobre o uso saudável de medicamentos no país, apontar possíveis distorções de uso e fatores que influenciam o consumo de inibidores de apetite, bem como dar transparência aos dados sobre o consumo desses medicamentos registrados no SNGPC.



^a Números publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰ apontam que mais de 50% de todos os medicamentos não são corretamente prescritos, dispensados e vendidos, e mais de 50% dos pacientes tomam de forma incorreta. Essa situação é ainda pior nos países em desenvolvimento: menos de 40% dos pacientes no setor público e menos de 30% no setor particular são tratados de acordo com as diretrizes clínicas estabelecidas.

^b A Secretaria de Vigilância Sanitária respondia pelas ações de vigilância sanitária no país até a criação da Anvisa, que ocorreu em janeiro de 1999.

^c A partir de janeiro de 2013, está previsto o registro da prescrição e venda dos antimicrobianos no SNGPC.

^d Modelo farmacoeconômico pode ser definido como uma análise de regressão que visa explicar como uma ou mais variáveis explicativas influenciam ou não a variável dependente que, nesse caso, é constituída por algum dado de medicamentos.

^e A principal característica de um modelo ser dinâmico é a inclusão da variável dependente defasada no tempo entre as variáveis explicativas.

^f Diz-se que um conjunto de dados é de painel quando um conjunto de indivíduos, países, cidades etc. são observados em distintos períodos de tempo. Neste trabalho, observamos um conjunto de unidades da federação (capitais brasileiras e DF) em três anos consecutivos: 2009, 2010 e 2011. Mais informações sobre análise econométrica de dados em painel, consultar Arellano e Bover (1990)¹².

Números publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰ apontam que mais de 50% de todos os medicamentos não são corretamente prescritos, dispensados e vendidos, e mais de 50% dos pacientes tomam de forma incorreta.

MODELO FARMACOECONOMÉTRICO

As variáveis explicativas selecionadas (Quadro 1) para o modelo farmacoeconômico foram apontadas na literatura ou consideradas neste estudo como tendo relação com o consumo de inibidores de apetite^{7,13}. Assim, para essa análise, o consumo de inibidores de apetite (mg/ per capita), representado pelo conjunto dos medicamentos anfepramona,

femproporex, mazindol e sibutramina, tem relação com o consumo de fluoxetina e clordiazepóxido⁹, ambos em mg/ per capita, o percentual de mulheres com idade entre 18 e 64 anos/ total da população nessa faixa etária, o percentual de pessoas obesas e com excesso de peso (proxy para excesso de peso com comorbidade)/ número de entrevistados para

cada condição fisiológica, o percentual de pessoas que ingerem porções de frutas e hortaliças/ número de entrevistados e o percentual de cobertura de planos de saúde de beneficiários na faixa etária de 15 a 69 anos/ total da população nessa faixa etária em área específica.

Quadro 1 – Variáveis utilizadas para explicar o consumo de inibidores de apetite nas capitais brasileiras e DF, 2009 a 2011.

Representação	Nome (tipo de variável)	Descrição	Fonte
CIA	Consumo de inibidores de apetite (variável dependente)	Consumo em mg/per capita* de inibidores de apetite (anfepramona, femproporex, mazindol e sibutramina) em formulações industrializadas e manipuladas nas capitais brasileiras e no DF	SNGPC**
CFF	Consumo de fluoxetina (variável explicativa)	Consumo em mg/per capita* de fluoxetina em formulações industrializadas e manipuladas nas capitais brasileiras e no DF	SNGPC**
CCP	Consumo de clordiazepóxido (variável explicativa)	Consumo em mg/per capita* de clordiazepóxido em formulações industrializadas e manipuladas nas capitais brasileiras e no DF	SNGPC**
FEM	Percentual de mulheres (variável explicativa)	Percentual de mulheres com idade entre 18 e 64 anos nas capitais brasileiras e no DF	DATASUS ^h
OBE	Percentual de adultos com obesidade (variável explicativa)	Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m ²) nas capitais brasileiras e no DF	VIGITEL/ Ministério da Saúde ⁱ
EXP	Percentual de adultos com excesso de peso (variável explicativa)	Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso (Índice de Massa Corporal ≥ 25 kg/m ²) nas capitais brasileiras e no DF	VIGITEL/ Ministério da Saúde ⁱ
PFH	Percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças (variável explicativa)	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças nas capitais brasileiras e no DF	VIGITEL/ Ministério da Saúde ⁱ
PLS	Taxa, em percentual, de cobertura de planos de saúde (variável explicativa)	Taxa, em percentual, de cobertura de planos de saúde de beneficiários na faixa etária de 15 a 69 anos nas capitais brasileiras e no DF	Agência Nacional de Saúde Suplementar ^j

*Ajustado para a população de 18 a 64 anos de idade; **Os dados de venda dos medicamentos foram utilizados como proxy do consumo desses medicamentos nas capitais brasileiras e no DF. O SNGPC contabiliza os dados de venda de medicamentos da Portaria SVS/MS nº 344/1998 comercializados em farmácias/drogarias privadas. Dois pontos que interferem na estimativa do consumo dos medicamentos estudados são: i) problemas operacionais do SNGPC podem, ao longo do ano, ter impedido o recebimento de arquivos XML contendo as movimentações de compra e venda dos medicamentos; e ii) como esses produtos são objeto de interesse para o comércio clandestino, algumas unidades físicas consumidas por parte da população podem não ter sido capturadas pelo SNGPC.

Obs.: i. A variável FEM, para o ano de 2011, foi estimada a partir da diferença entre os valores de 2010 e 2009. Essa diferença foi acrescentada ao valor de 2010, obtendo a quantidade estimada para 2011; e ii. Os medicamentos anfepramona, femproporex e mazindol tiveram a comercialização proibida no país a partir do dia 9 de dezembro de 2011.

⁹ A prescrição, a dispensação e o avioamento de fórmulas contendo dois ou mais medicamentos, seja em preparação separada ou em uma mesma preparação, com a finalidade exclusiva de tratamento da obesidade, que contenham substâncias psicotrópicas anorexígenas associadas entre si ou com medicamentos como

fluoxetina e clordiazepóxido são proibidos pelo Conselho Federal de Medicina e pela Anvisa^{14,15}.

^h Dados obtidos em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>

ⁱ Dados obtidos em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1693

^j Dados obtidos em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_TX.def

A representação formal do modelo dinâmico farmacoeconômico de dados em painel está apresentada a seguir:

$$Y_{it} = \alpha + \delta \ln Y_{it-1} + \beta_1 \ln X_{it} + \delta_i + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

Onde:

$i = 1, 2, \dots, 81$ observações;

$t = 2009, 2010$ e 2011 ;

α = componente fixo/ constante;

$\ln Y_{it-1}$ = termo defasado da variável dependente em logaritmo natural;

$\ln X_{it}$ = representa o conjunto das variáveis explicativas em logaritmo natural;

δ_i = heterogeneidade individual específica; e

ε_{it} = termo de erro aleatório.

Para a estimação consistente e eficiente dos parâmetros, foi utilizado o Método dos Momentos Generalizados, versão dois passos (two-steps). Para o modelo, os coeficientes estimados para cada variável pela metodologia de dados em painel indicam variações no consumo de inibidores de apetite, de acordo com a unidade da variável analisada. Por exemplo, se o coeficiente para CFF for 0,20, indica que a variação positiva no consumo de fluoxetina - de 1% - ocasiona uma elevação média de 0,20% no consumo de inibidores de apetite. Em relação ainda ao modelo, com a intenção principal de tornar mais fácil a interpretação das relações existentes entre a variável

dependente e aquelas explicativas, optou-se pela transformação logarítmica de todas as variáveis estudadas. A robustez do modelo foi avaliada com o Teste de Sargan e o Teste de Wald. Foi utilizado para a estimação do modelo o software Gretl, versão 1.9.8.

Neste estudo e como justificativa para uso do modelo dinâmico, foi incluída a variável consumo de inibidores de apetite como variável defasada entre os regressores (variáveis explicativas), uma vez que o consumo atual de inibidores de apetite é dependente do consumo passado. Além disso, a escolha pela técnica de dados em painel deve-se a que, no período analisado, ocorreram mudanças significativas, em termos regulatórios, que podem ter influenciado o consumo desses medicamentos nas unidades avaliadas. Essa metodologia minimiza essas mudanças, pois utiliza informação temporal e individual que impõe maior controle dos efeitos de variáveis mal especificadas ou não observadas, bem como tem uma capacidade de controlar ainda a heterogeneidade existente entre os entes estudados.

Os resultados analisados a seguir correspondem à estimação da equação (1), modelo que visa identificar o tipo de relação existente entre o consumo de inibidores de apetite e as variáveis explicativas. Antes, é apresentada uma análise descritiva do consumo dos inibidores de apetite, fluoxetina e clordiazepóxido nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, bem como do percentual de indivíduos com excesso de peso e com obesidade.

O QUE PODEMOS APRENDER COM OS DADOS DE CONSUMO DE INIBIDORES DE APETITE?

Durante o período de 2009 a 2011, o consumo de inibidores de apetite nas capitais brasileiras e no DF apresentou um panorama heterogêneo, ou seja, para algumas capitais ocorreu uma redução acentuada, em outras não foram verificadas grandes alterações e em certas capitais houve uma elevação, com destaque para Belo Horizonte, Cuiabá, Recife, Salvador, São Paulo e Vitória, onde se verificou um aumento progressivo do consumo entre os anos estudados (Figura 1). Em 2009 (264,92 mg/ per capita) e 2010 (254,00 mg/ per capita), o maior consumo foi registrado em Goiânia e, em 2011, a capital Vitória obteve a primeira posição (278,56 mg/ per capita).



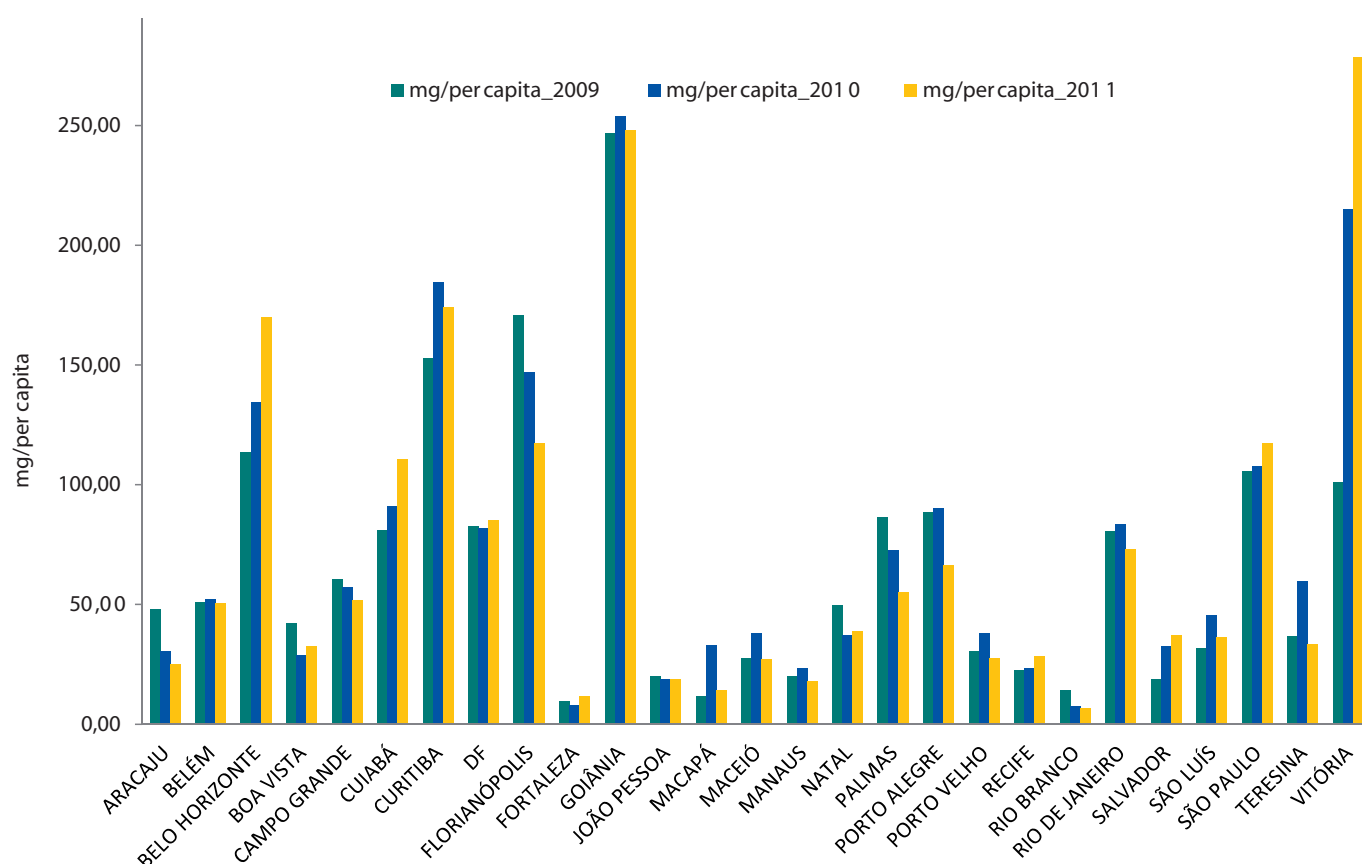


Figura 1 – Consumo de inibidores de apetite em miligramas (mg) per capita, segundo capitais brasileiras e DF, 2009-2011.

Fonte: SNGPC/CSGPC/NUVIG/Anvisa.

A capital Goiânia (2009 – 125,97 mg/ per capita; e 2010 – 142,32 mg/ per capita) e Vitória (2011 – 152,63 mg/ per capita) tiveram o maior registro de consumo de fluoxetina entre as capitais brasileiras e DF (Figura 2), resultado semelhante ao encontrado para o consumo de inibidores de apetite. Das 27 unidades analisadas, em 17 (63%) ocorreu um aumento progressivo no consumo de flu-

xetina entre os anos estudados.

Uma análise das unidades estudadas por regiões do país verificou-se que na região Norte, a capital Palmas, em todos os anos analisados, registrou o maior consumo de fluoxetina. Na região Nordeste, João Pessoa contabilizou o maior consumo de fluoxetina nos anos de 2009 e 2010, enquanto que, em 2011, Recife alcançou essa colocação.

O destaque para a região Centro-Oeste foi para Goiânia, onde se registrou o maior consumo desse fármaco. Na região Sudeste, Belo Horizonte (2009 e 2010) e Vitória (2011) apresentaram, em anos diferentes, os maiores registros no consumo de fluoxetina. Na região Sul, Curitiba obteve a primeira colocação.

NA REGIÃO SUDESTE, BELO HORIZONTE (2009 E 2010) E VITÓRIA (2011) APRESENTARAM, EM ANOS DIFERENTES, OS MAIORES REGISTROS NO CONSUMO DE FLUOXETINA.

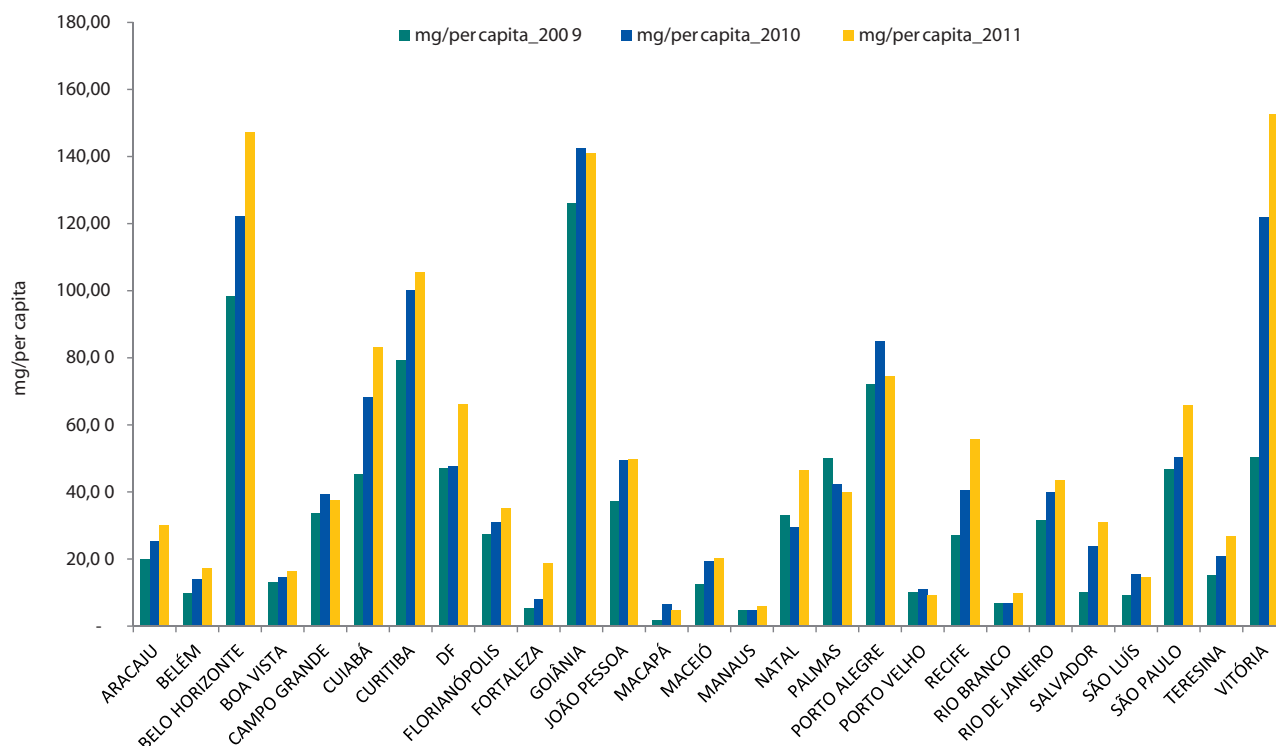


Figura 2 – Consumo de fluoxetina em miligramas (mg) per capita, segundo capitais brasileiras e DF, 2009-2011.

Fonte: SNGPC/CSGPC/NUVIG/Anvisa.

Em relação ao consumo de clordiazepóxido, o destaque ficou por conta do grande consumo registrado em Belo Horizonte e Vitória, principalmente, nos anos de 2010 e 2011. A capital mineira, em 2011, alcançou um consumo

de 20,43 mg/ per capita e para a capixaba, em 2010, foi registrado um valor de 26,93 mg/ per capita (Figura 3). Entre as capitais nordestinas, Natal registrou o maior consumo de clordiazepóxido nos três anos estudados. De 2009 a

2011, na região Sul, o maior consumo desse fármaco correu em Curitiba, na Centro-Oeste, Campo Grande, e na região Norte esse valor foi registrado em Boa Vista.

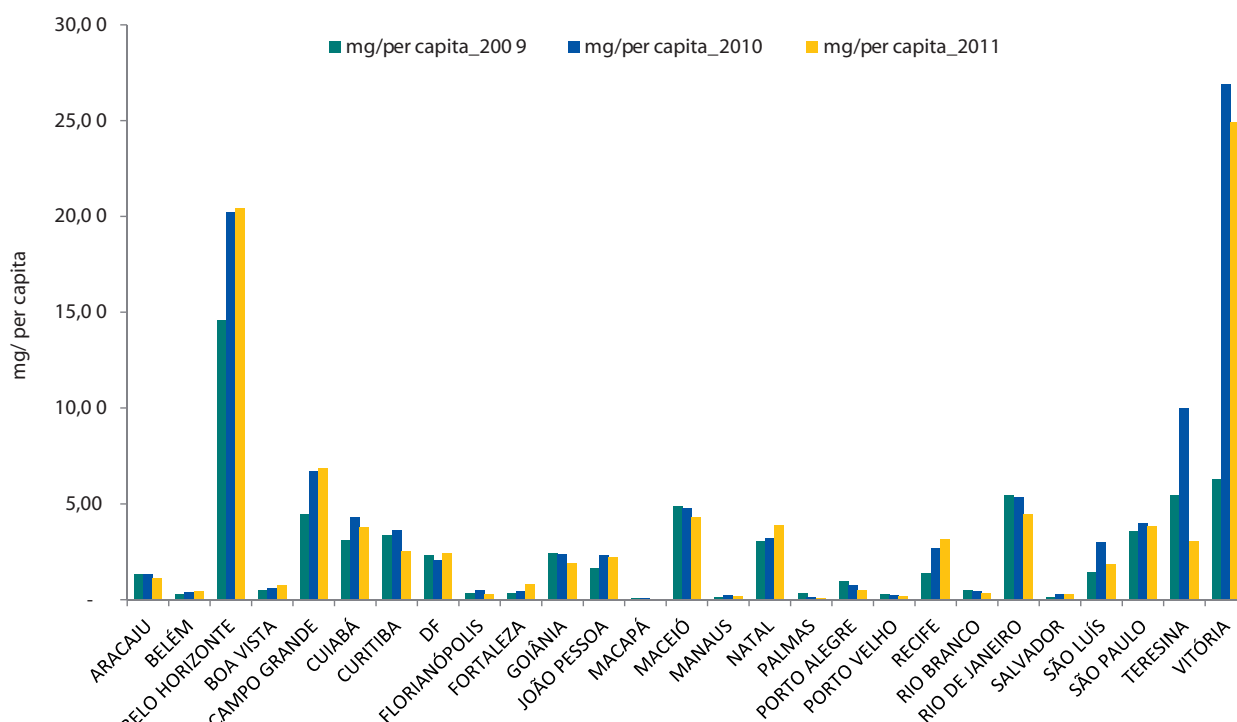


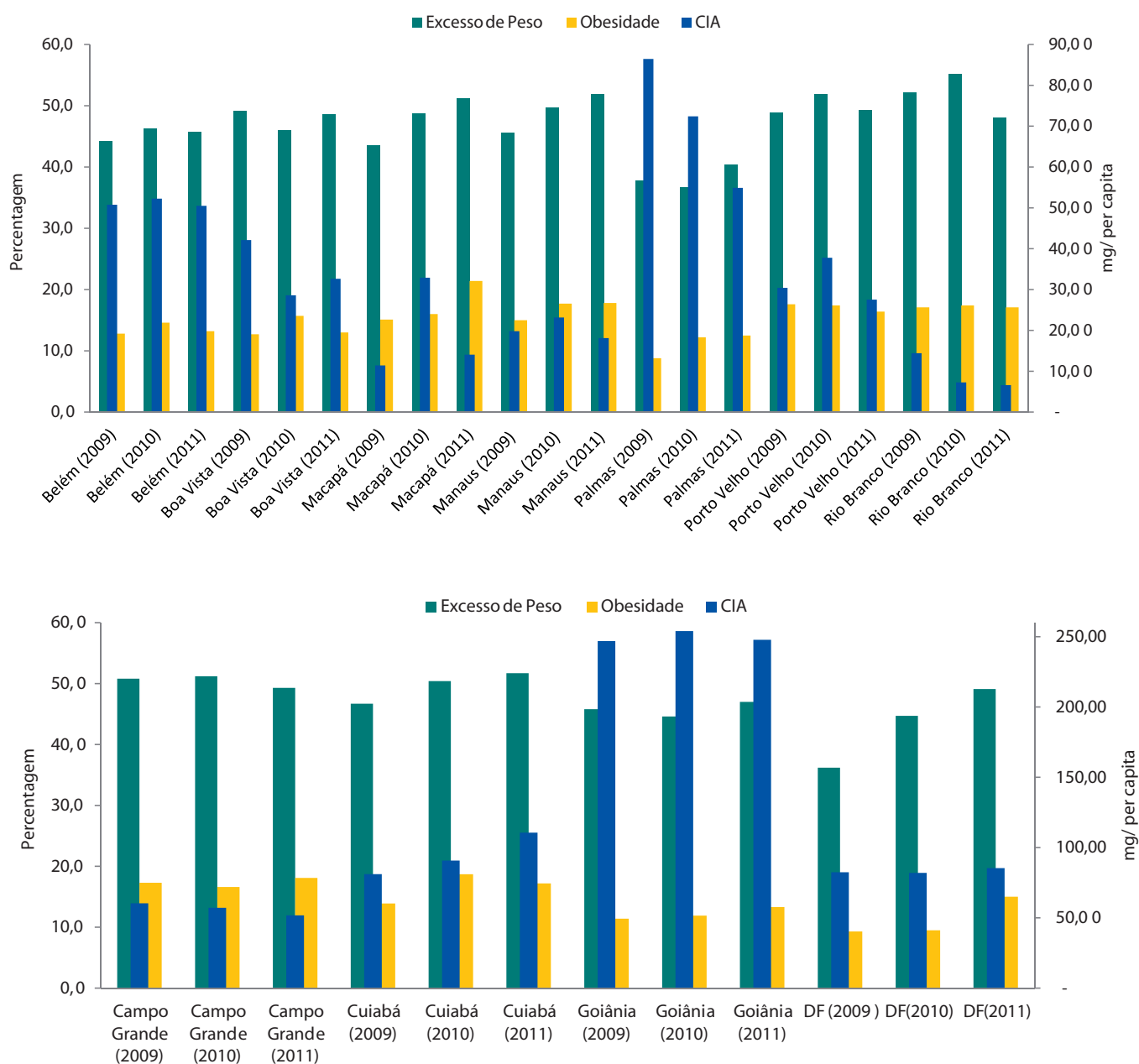
Figura 3 – Consumo de clordiazepóxido em miligramas (mg) per capita, segundo capitais brasileiras e DF, 2009-2011.

Fonte: SNGPC/CSGPC/NUVIG/Anvisa.

Resumidamente, evidencia-se um destaque no consumo de inibidores de apetite e fluoxetina nas capitais Belo Horizonte, Goiânia e Vitória e no consumo de clordiazepóxido nas capitais mineira e capixaba comparado às demais capitais brasileiras e ao DF. Assim, cabe um questionamento em relação aos inibidores de apetite, a saber: será que essas três capitais têm as maiores populações de indivíduos com excesso de peso e com obesidade entre as capitais brasileiras e o DF?

As figuras 4 e 5 apresentam a distribuição de indivíduos com excesso de peso e com obesidade e do consumo de inibidores de apetite (CIA) em mg/ per capita nas capitais brasileiras e no DF, agrupadas por regiões do país. Na região Norte, Rio Branco (2009 e 2010) e Manaus (2011) registra - ram os maiores percentuais de indivíduos com excesso de peso enquanto que para obesidade, verificou-se que não houve uma predominância de nenhuma ca -

pital nos anos estudados. Porto Velho (2009), Manaus (2010) e Macapá (2011) foram as capitais com maiores registros de indiví - duos obesos. A capital Palmas, para ambas as condições fisiológi - cas estudadas, obteve os menores valores. Em relação aos inibidores de apetite, Palmas teve o maior registro de consumo enquanto que Macapá (2009) e Rio Branco (2010 e 2011) registraram os me - nores valores (Figura 4).



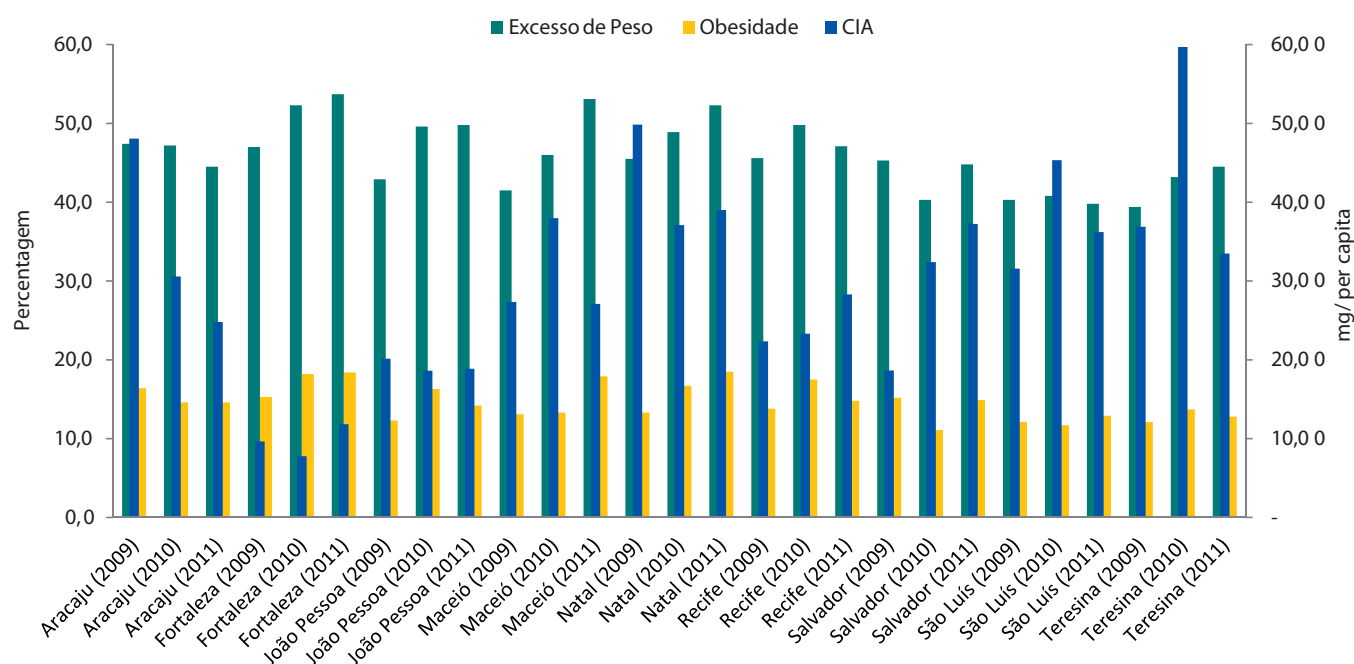


Figura 4 – Distribuição de indivíduos com excesso de peso e com obesidade e do consumo de inibidores de apetite (CIA) em mg/ per capita nas capitais brasileiras e no DF, agrupada por regiões do país (Norte, Centro-Oeste e Nordeste), 2009-2011. Fontes: SNGPC/CSGPC/NUVIG/Anvisa; VIGITEL/Ministério da Saúde

Os dados estudados para a região Nordeste apontam que Aracaju (2009) e Fortaleza (2010 e 2011) registraram os maiores percentuais de indivíduos com excesso de peso enquanto que os menores valores foram verificados em Teresina (2009), Salvador (2010) e São Luís (2011). Em relação ao percentual de obesos, os maiores valores foram registrados em Aracaju (2009), Fortaleza (2010) e Natal (2011) e os menores percentuais foram contabilizados em São Luís (2009), Teresina (2009 e 2011) e Salvador (2010). Quanto ao consumo de inibidores de apetite, a capital cearense registrou o menor valor em mg/per capita e Natal (2009 e 2011) e Teresina (2010) alcançaram a primeira colocação em anos diferentes (Figura 4).

Na região Centro-Oeste, Campo Grande (2009 e 2010) e Cuiabá (2011) registraram os maiores percentuais de indivíduos com

excesso de peso. Os menores valores foram contabilizados no DF (2009) e Goiânia (2010 e 2011). No caso de indivíduos obesos, Campo Grande (2009 e 2011) e Cuiabá (2010) obtiveram os maiores percentuais. A capital federal (2009 e 2010) e Goiânia (2011) registraram os menores valores para essa condição fisiológica. No entanto, o maior valor do consumo de inibidores de apetite foi registrado em Goiânia e o menor em Campo Grande (Figura 4).

Na região Sudeste, a capital carioca obteve o maior número de indivíduos com excesso de peso e com obesidade e a capital mineira registrou os menores valores para essas condições fisiológicas. Porém, para o consumo de inibidores de apetite, Vitória e Belo Horizonte contabilizaram os maiores valores (Figura 5). Na região Sul, Porto Alegre registrou o maior percentual de indivíduos

com excesso de peso. Em relação à obesidade, Porto Alegre (2009 e 2011) e Curitiba (2010) registraram o maior número de indivíduos nessa condição. A capital do estado de Santa Catarina contabilizou o menor valor percentual para ambas as condições fisiológicas analisadas. O consumo de inibidores de apetite não seguiu a distribuição geográfica para os indivíduos com excesso de peso e com obesidade (Figura 5). O menor consumo desse grupo de medicamentos foi registrado para a capital gaúcha, enquanto que Florianópolis (2009) e Curitiba (2010 e 2011) registraram os maiores consumos em períodos diferentes. Observa-se ainda que, em Florianópolis e em Porto Alegre, ocorreu um crescimento anual no percentual de sobrepesos e obesos, enquanto que foi registrada uma redução no consumo de inibidores de apetite.

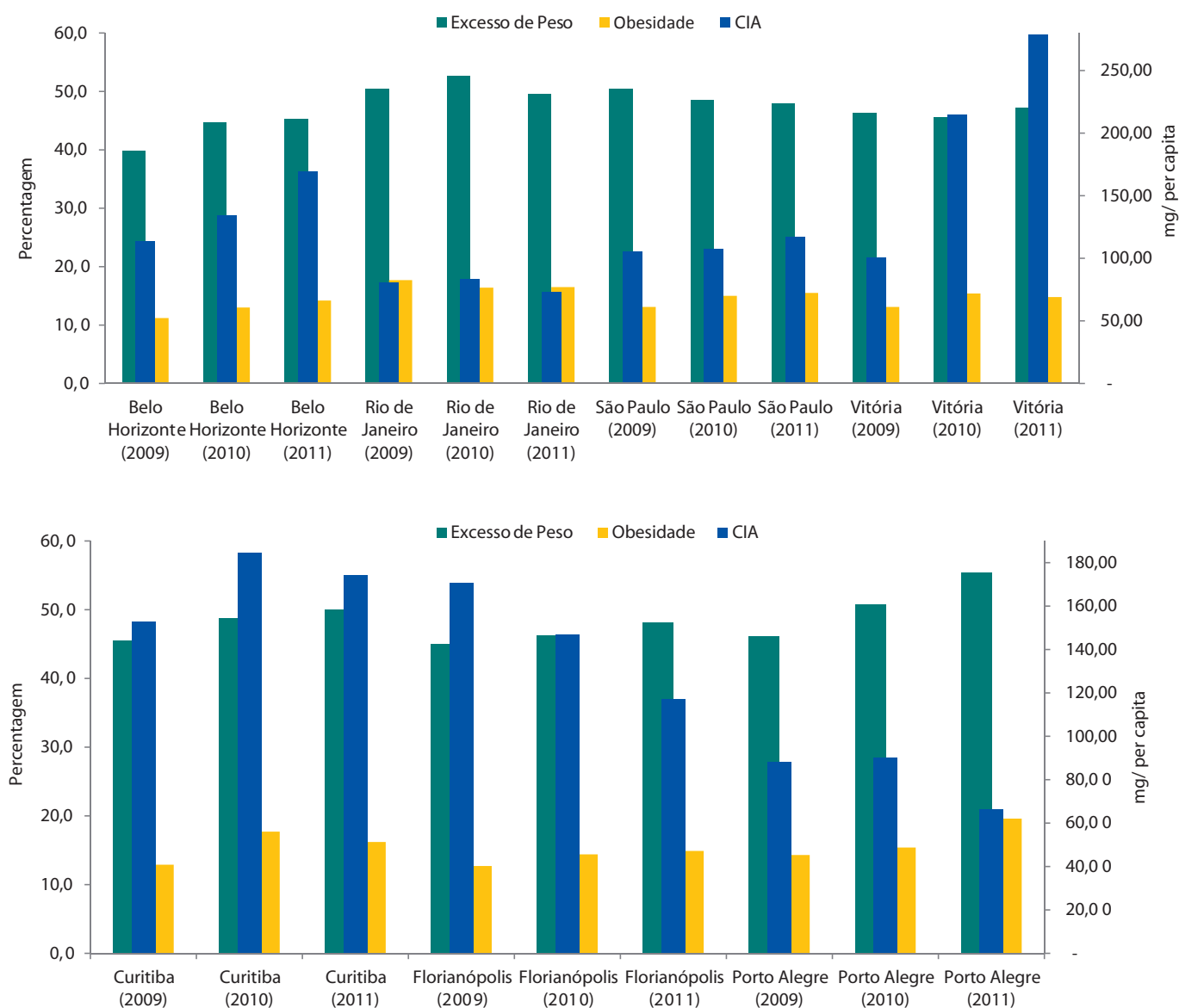


Figura 5 – Distribuição de indivíduos com excesso de peso e com obesidade e do consumo de inibidores de apetite (CIA) em mg/ per capita nas capitais brasileiras e no DF agrupadas por regiões do país (Sudeste e Sul), 2009-2011.

Fontes: SNGPC/CSGPC/NUVIG/Anvisa; VIGITEL/Ministério da Saúde

A Tabela 1 apresenta os resultados obtidos com todas as variáveis incluídas no modelo farmacoeconômico. As estimativas dos coeficientes das variáveis

“excesso de peso” e “população feminina” não se mostraram estatisticamente significativas. Uma nova estimação do modelo foi realizada sem essas variáveis,

cujo processo de exclusão, uma-a-uma, obedeceu ao critério de significância estatística (Tabela 2).

Tabela 1 – Estimação dinâmica de dados em painel para as capitais brasileiras e para o DF, 2009 a 2011. (Nº de observações = 81)

Variável	Coeficiente	Erro padrão	p-valor
lnCIA (-1)	0,749232	0,113045	< 0,0001***
Constante	2,77195	1,54717	0,0732*
lnCFF	0,209039	0,0716006	0,0035***
lnCCP	0,0806612	0,0354699	0,0230**
lnFEM	- 10,7437	7,32863	0,1427
lnOBE	- 10,2206	3,86492	0,0082***
lnEXP	1,09655	2,70061	0,6847
lnPFH	- 5,27050	2,52664	0,0370**
lnPLS	1,03867	0,355925	0,0035***
Teste Wald	$X^2(8) = 722,24 (0,0000)$		
Teste de Sargan	$X^2(1) = 0,382919 (0,5360)$		

Fonte: elaboração própria

*nível significativo a 10%; **nível significativo a 5%; ***nível significativo a 1%

ln = transformação logarítmica

Os resultados apontam que essa versão do modelo promoveu um ajustamento melhor aos dados e verificou-se, também, que não houve alteração nas variáveis que apresentaram significância estatística quando comparado ao modelo anterior. A partir dessa estimação final do modelo, constataram-se algumas evidências

sugestivas sobre o consumo de inibidores de apetite no conjunto das capitais brasileiras e do DF. Observou-se que os coeficientes das variáveis lnCIA (-1), lnCFF, lnCCP e lnPLS apresentaram sinal positivo e são significativos em termos estatísticos, sugerindo que o consumo de inibidores de apetite cresce com o aumento

nos valores dessas variáveis. Por exemplo, o coeficiente para lnCFF foi de 0,20: isso indica que a variação positiva no percentual de “consumo de fluoxetina”, de 1%, provoca um aumento médio de 0,20% no consumo de inibidores do apetite no conjunto das unidades analisadas (Tabela 2).

Tabela 2 – Estimação dinâmica final de dados em painel para as capitais brasileiras e para o DF, 2009 a 2011. (Nº de observações = 81)

Variável	Coeficiente	Erro padrão	p-valor
lnCIA (-1)	0,789562	0,117883	< 0,0001***
Constante	0,767681	0,271129	0,0046***
lnCFF	0,201376	0,0811667	0,0131**
lnCCP	0,045067	0,0220925	0,0414**
lnOBE	- 8,28636	2,21194	0,0002***
lnPFH	- 4,31209	1,90363	0,0235**
lnPLS	0,814532	0,395439	0,0394**
Teste Wald	$X^2(6) = 363,098 (0,0000)$		
Teste de Sargan	$X^2(1) = 0,873607 (0,3500)$		

Fonte: elaboração própria

nível significativo a 5%; *nível significativo a 1%

ln = transformação logarítmica

O resultado obtido para a variável defasada [InCIA(-1)] demonstrou que aproximadamente 79% do consumo atual de inibidores de apetite é fortemente dependente do consumo passado desses medicamentos. Outro achado foi que a relação negativa apresentada pela variável “percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças” e “consumo de inibidores de apetite”, indica que, havendo um aumento médio de 1% no consumo de frutas e hortaliças, ocorre um decréscimo médio de 4,3% no consumo de inibidores de apetite para o conjunto das unidades analisadas (Tabela 2).

Com relação à variável “percentual de adultos com obesidade”, apesar de significativa estatisticamente, apresentou outra direção do que aquela esperada. O sinal negativo do coeficiente indica que, para o cenário estudado quando ocorre um aumento médio de 1% na população de adultos obesos, há uma redução média de 8,2% no consumo de inibidores de apetite (Tabela 2). Apesar de esse resultado ser diferente do esperado, bem como a variável “percentual de adultos com excesso de peso” não ter sido significativa estatisticamente (Tabela 1), cabe aqui uma reflexão, a saber: será que boa parte do consumo de inibidores de apetite no conjunto das unidades analisadas tem outra população de destino que não aquela prevista na bula do medicamento?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises descritivas e farmacoeconômicas sugerem que há problemas no uso racional dos inibidores de apetite nas capitais brasileiras e no DF, seja no que tange ao consumo “casado” desses medicamentos com outros

fármacos – considerados ilegais pelo Conselho Federal de Medicina e pela Anvisa^{14,15} – e, também, na indicação terapêutica de uso desses produtos. Neste sentido, submeter um maior número de indivíduos a medicamentos sem a devida necessidade clínica e farmacoterapêutica é expor sua saúde a maiores riscos.

Salienta-se ainda que as análises farmacoeconômicas podem oferecer informações adicionais sobre aspectos relacionados ao consumo de medicamentos até então não observados, auxiliando na orientação de políticas de saúde que reforcem o uso saudável de medicamentos no país. Assim, torna-se evidente o aprimoramento de políticas de saúde que fortaleçam, por exemplo, a educação permanente sobre boas práticas de prescrição baseadas em evidências farmacoterapêuticas junto aos alunos e profissionais de medicina e a produção de informações de apoio à prescrição e utilização dos medicamentos. O foco nessas ações resultará eficaz na promoção do uso saudável dos inibidores de apetite nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, sendo que desse grupo farmacológico estudado, atualmente, apenas a sibutramina tem autorizada sua comercialização no país. Finalmente, implementar estratégias que venham a melhorar o consumo de inibidores de apetite no país é um direito do paciente e um dever de profissionais e gestores da saúde.

REFERÊNCIAS

1. JUNTA Internacional de Fiscalização de Entorpecentes - JIFE. Relatório anual 2006. Disponível em: <http://www.unodc.org/brazil/pt/pressrelease_20070103.html>. Acesso em: 18 mar. 2012.
2. JUNTA Internacional de Fis -

calização de Entorpecentes - JIFE. Relatório Anual 2007. Disponível em: <<http://www.unodc.org/pdf/brazil/JIFE/OBrasilnoRelatorioJIFE.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2012.

3. MARTINS, M. C. C. de et al. Uso de drogas antiobesidade entre estudantes universitários. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.57, n.5, p. 570-76, 2011.

4. CARNEIRO, M. F. G; GUERRA JUNIOR, A. A.; ACURCIO F. A. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 24, p.1763-72, 2008.

5. NAPPO, S. A.; TABACH, R.; NOTO, A. R.; GALDURÓZ, J. C. F.; CARLINI, E. A. Use of anorectic amphetamine-like drugs by Brazilian women. *Eat Behav*, v.3, p.153-65, 2002.

6. NAPPO, S. A.; OLIVEIRA, E. M.; MOROSINI, S. Inappropriate prescribing of compounded antiobesity formulas in Brazil. *Pharmacoepidemiol Drug Safety*, v.7, p.207-12, 1998.

7. MOTA, D. M.; SILVA-JR, G. G. Evidências advindas do consumo de medicamentos moduladores do apetite no Brasil: um estudo farmacoeconômico. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.58, n.1, p. 88-94, 2012.

8. LIMA, M. S.; BÉRIA, J. U.; TOMASI, E.; MARI, J. J. Use of amphetamine-like appetite suppressants: a crosssectional survey in southern Brazil. *Subst Use Misuse*, v.33, p.1711-19, 1998.

9. CARLINI, E. A.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. M. et al. Fluoxetina: indícios de uso inadequado. *J. Bras. Psiquiatr.*, v.58, n.2, p.97-100, 2009.

10. RATIONAL use of medicines. Editorial. *Lancet*, v.375, June 12, p.2052, 2010.

11. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 52, de 6 de outubro de 2011. Dispõe sobre a proibição do uso das substâncias anfeprama, femproporex e mazindo, seus sais e isômeros, bem como intermediários e medidas de controle da prescrição e dispensação de medicamentos que contenham a substância sibutramina, seus sais e isômeros, bem como intermediários e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Exe-

cutivo, Brasília, DF, 10 out. 2011. Seção 1, p. 55.

12. ARELLANO, M.; BOVER, O. La econometria de datos de panel. Invest Econ., v.14, n.1, p.3-45, 1990.

13. CAWLEY, J.; RIZZO, J. A. One Pill Makes You Smaller: The Utilization of Anti-Obesity Drugs. Cornell University (Working Paper), December, 2004. 27p.

14. CONSELHO Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.477,

de 11 de julho de 1997. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 julho 1997.

15. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 58, de 5 de setembro de 2007. Dispõe sobre o aperfeiçoamento do controle e fiscalização de substâncias psicotrópicas anorexígenas e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 set. 2007. Seção 1, p.156-7.

BOLETIM DE FARMACOEPIDEMIOLOGIA DO SNGPC

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

NUVIG – Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária

CSGPC – Coordenação do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados

Endereço:

SIA, Trecho 5, Área Especial 57, Bloco – D, Sala

NUVIG - 71.205-050, Brasília/DF

E-mail para contato:

sngpc.coordenacao@anvisa.gov.br

Sítio eletrônico:

www.anvisa.gov.br/sngpc

Pesquisa, análise de dados e texto:

Daniel Marques Mota

Revisão do texto:

Márcia Gonçalves de Oliveira, Maria Eugênia Carvalhaes Cury, Rafael Filiacci Bovi e Sidarta Figueredo Silva

Consultor ad hoc:

José Angelo Divino (Ph.D. em Economia) – Universidade Católica de Brasília

Coordenação da publicação:

Márcia Gonçalves de Oliveira

Assessoria em inteligência da informação:

Anderson da Mota Ribeiro e Christiano Rijo Alves de Matos

Revisão ortográfica, projeto gráfico e diagramação:

Assessoria de Comunicação, Eventos e Cerimonial (ASCEC / Anvisa)

O Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC é uma publicação semestral e em meio eletrônico da produção de informações sobre prescrição e consumo de medicamentos, particularmente da Portaria SVS/MS nº 344/1998, a partir de dados obtidos no SNGPC. O objetivo deste boletim é contribuir para a promoção do uso saudável de medicamentos no Brasil.



ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Ministério da
Saúde

