

Obesidade nas Mulheres e o Uso de Anoréticos no Brasil

Silvia Bastos¹
José Ruben de Alcântara Bonfim²

Introdução

Este artigo trata do uso abusivo de anorexígenos no Brasil e da obesidade como problema de Saúde Pública. Faz breve discussão sobre o uso desses fármacos, particularmente os de ação no sistema nervoso central, e, entre estes, os anfetamínicos. Também apresenta os riscos da adesão às antigas e às novas tecnologias, principalmente entre mulheres que buscam recursos para emagrecer.

A obesidade e o sobrepeso são definidos como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode ser prejudicial para a saúde. Os últimos cálculos da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que, em 2005, havia em todo o mundo, cerca de 1,6 bilhões de adultos (maiores de 15 anos) com sobrepeso e, pelo menos, 400 milhões de adultos obesos. Também, em 2005, havia em todo mundo pelo menos 20 milhões de menores de cinco anos com sobrepeso (OMS, 2006).

A OMS calcula que, em 2015, haverá 2,3 bilhões de adultos com sobrepeso e mais 700 milhões com obesidade. A obesidade aumenta intensamente nos países de renda baixa e média, no meio urbano, o que inclui, neste último caso, o Brasil.

Prevalência da obesidade na mulher

Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003, existem no Brasil 38,8 milhões de pessoas (40,6%) com excesso de peso, das quais 10,5 milhões são consideradas obesas. O excesso de peso é equivalente entre homens e mulheres, mas a obesidade é mais prevalente na mulher. Em 2003, o excesso de peso existia em 41,1% dos homens e em 40% das mulheres, mas a obesidade afetava 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres adultas do país. Assim, os obesos representavam 20% do total de homens e um terço das mulheres com excesso de peso (IBGE, 2004).

Ainda segundo esta pesquisa, "em 1974, o problema da obesidade era praticamente inexistente na popu-

lação masculina. Em 2003, duplicou o percentual de homens com excesso de peso (de 18,6% para 41%) e triplicou o de obesos (de 2,8% para 8,8%). Até 1989, os percentuais de excesso de peso e obesidade, entre os homens, eram bastante inferiores àqueles observados para as mulheres. Em 2003, estes percentuais praticamente se igualaram. Por outro lado, o excesso de peso e a obesidade entre as mulheres cresceram 50% de 1974 a 1989 e mantiveram-se estáveis entre 1989 e 2003. Com exceção do Nordeste, onde continuou o aumento do excesso de peso e da obesidade entre as mulheres, nas demais regiões, houve estabilidade ou declínio das taxas" (IBGE, 2004).

Estereótipos de beleza feminina e distorção de auto-imagem

O corpo feminino valorizado pela beleza e pelos atributos da maternidade é, de outro lado, alvo da exploração comercial para promover diversos tipos de apelos que criam necessidades de consumo. Tais apelos sociais fazem da mulher a principal consumidora de produtos em geral, e consumidora, em potência, de produtos destinados ao emagrecimento.

Em estudo qualitativo com jovens de ambos os sexos, Fonseca (2004) descreve que na juventude o ideal estético das meninas é o das modelos profissionais com biótipo europeu e que, para as jovens, assemelhar-se a essas modelos é ainda mais importante do que para os meninos:

"...o ideal de corpo assemelha-se ao de manequins, ou seja, a mulher tem de ser magra, alta e loira-de preferência; também foi mencionada a necessidade de ter "bunda", seios e coxas fartas, conhecidas como 'as mulheres saradas, as gostosas' " (FONSECA, 2004, p.182).

Outra pesquisa sobre auto-imagem entre mulheres, realizada em ambulatório de ginecologia, verificou que a prevalência da obesidade na população feminina teve incremento em todas as idades, acentuando-se durante os anos da transição para a pós-menopausa (FERNANDES *et al*, 2005).

Se as jovens vinculam parte da sua satisfação com o corpo ao padrão das modelos, o que dizer das características biológicas da mulher adulta brasileira, que

¹ Enfermeira, Mestre em Saúde Pública e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: silviabastos@isaude.sp.gov.br

² Médico Sanitarista e Mestre em Ciências, integra o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: jrbonfim@isaude.sp.gov.br

não correspondem às da beleza nórdica? As indústrias de cosméticos e de produtos indutores de estilo de vida lançam toda sorte de artifícios e criam necessidades de consumo, associando-as ao bem-estar, à beleza e à capacidade de sedução, que passam a ser indispensáveis. Esses, naturalmente, geram lucros sempre crescentes, como é o caso de indústria que comercializa produto para emagrecimento, com atuação na absorção de gorduras dos alimentos, ao indagar em seu anúncio: “O que você faria com alguns quilinhos a menos?”.

Assim, a capacidade de persuasão deste tipo de mensagem da cultura de massa torna-se potente, tanto diante do público jovem, quanto de mulheres maduras. Este tipo de mensagem alcança as jovens que estão numa fase da vida em que, segundo Morin (2002), sua personalidade social ainda não está cristalizada e busca uma conciliação das várias formas de representação do “eu” com a procura de integração social. Entre as mulheres maduras, quando a vulnerabilidade para ganho excessivo de peso é maior, elas querem se aproximar do padrão estético da juventude, resultado da cultura de massa que valoriza o controle do corpo acima de outros valores adquiridos durante a vida.

Nas últimas quatro décadas, quando se intensificou o ingresso da mulher no mercado de trabalho, adveio a tríplice jornada de trabalho, ou seja, atividades do lar, do cuidado com a família e filhos, e o exercício de profissão. A um só tempo, aumentou a exposição da mulher no espaço público, sob a cultura de controle do corpo, pela qual se exige da mulher silhueta perfeita incompatível com o seu novo ritmo de trabalho e ciclo de vida.

Estas exigências tornaram a mulher refém de restrições alimentares desmedidas, de exercícios corporais muitas vezes realizados sem orientação adequada; as práticas de “medicina estética” transformaram-se em obsessão cultural de massa, demonstrando as imposições culturais de culto do “corpo jovem e perfeito”.

Para Novaes (2006), a obsessão moderna pela magreza é uma nova “ditadura da aparência” que associa a magreza à beleza e ao sucesso, e a gordura à doença e ao fracasso, criando-se uma “cultura lipofóbica”. As indústrias transnacionais de cosméticos e de fármacos se valem dessas exigências de controle do corpo da mulher para vender seus produtos. Criam ou se aproveitam de imagens ideais de magreza que estão inculcadas nas mulheres desde a infância, como pré-condição para ter felicidade, sucesso pessoal e profissional; assim, homens e mulheres se enredam para atingir a imagem perfeita, o que acaba gerando a procura por tratamentos com resultados rápidos a qualquer preço, ou seja, farmacológicos. Esses tratamentos submetem todos e, particularmente, as mulheres ? pois são elas as pacientes em maioria ? a riscos no consumo de anorexígenos e de toda sorte de intervenções para controlar seu corpo.

De acordo com Goldberg (2006), a mulher brasileira é, no mundo, a segunda maior consumidora de cirurgia plástica e a líder em consumo de anorexígenos. O autor destaca que ela não inveja da outra a inteligência nem a capacidade de criação ou a honestidade, e sim a silhueta e o corpo.

Para Almeida *et al* (2005), o sobrepeso, a obesidade e a “ilusão de sobrepeso”, com distorção da autopercepção corporal e depreciação da imagem, ocorrem com maior ênfase nas mulheres acima de quarenta anos. Em estudo de autopercepção de imagens, as mulheres com obesidade demonstraram confusão na auto-imagem relacionada com padrões de sobrepeso e de peso normal. Considera-se esta constatação como uma espécie adicional de vulnerabilidade feminina, que vai além da obesidade, do diabetes e de doenças crônicas associadas ao aumento de massa corpórea e a depósitos de gordura.

Etiologia da obesidade

A etiologia da obesidade é complexa, multifatorial, resultando da interação de genes, meio ambiente, estilos de vida e fatores emocionais e culturais. A obesidade se constitui em fator de risco para doenças cardiovasculares (especialmente cardiopatias e acidentes vasculares cerebrais) e seu risco aumenta progressivamente à medida do incremento do índice de massa corpórea (IMC) -o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros (kg/m²) (OMS, 2006). Valores acima de 25 kg/m² correspondem a sobrepeso. Acima de 30 kg/m² já definem a obesidade (30 a 34,9kg/m², grau I; 35 a 39,9kg/m², grau II; e acima de 40kg/m², grau III ou obesidade mórbida).

Como a obesidade é definida por um valor antropométrico ou de gordura corporal acima de um ponto de corte, muitos consideram que tal procedimento, embora possa definir uma ameaça à saúde e à longevidade, não permite considerar obesidade como doença (ANJOS, 2006). Para muitos, obesidade se comportaria como mais um fator de risco para outras doenças e não seria por si só uma doença. Doença ou não, a obesidade é causada por um quadro prolongado de ingestão energética maior do que gasto energético, isto é, balanço energético positivo (ANJOS, 2006).

A obesidade pode se apresentar em vários graus e diferentes classificações. Além do grau do excesso de gordura, a sua distribuição regional no corpo interfere nos riscos associados ao excesso de peso. O excesso de gordura abdominal representa maior risco do que o excesso de gordura corporal por si só. Esta situação é designada por obesidade andróide, ao passo que a distribuição mais uniforme e periférica é definida como distribuição ginecóide, que resulta em menores implicações à saúde do indivíduo, segundo a OMS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Recursos farmacológicos para o tratamento da obesidade e seus riscos

O valor terapêutico de fármacos no tratamento da obesidade é muito limitado. No entanto, em contradição ao que recomenda a OMS há muitos anos e o Ministério da Saúde, em 2006, o abuso de anoréticos anfetamínicos (femproporex, anfepramona, mazindol) atingiu proporções inimagináveis.

Não há, no plano mundial, um problema quanto ao consumo desses fármacos e sim um problema brasileiro conhecido de longa data e com agravamento crescente, seja pela oferta de produtos acabados, seja pelo aviamento de fórmulas magistrais. Praticamente, o consumo total de substâncias anoréticas anfetamínicas no mundo se realiza no Brasil, conforme quadros de demonstração preparados com base nas estatísticas de substâncias psicotrópicas para 2004 e 2005 do *International Narcotics Control Board* (INCB, 2006). Não só o país consome a sua produção de anfetamínicos, que é a maior do mundo (84,4% para a anfepramona e 100% de femproporex, em 2004; 98,7% e 87,2%, respectivamente, em 2005), como importou praticamente, em 2004 e em 2005, toda a produção mundial de femproporex (99,6% e 98,2% respectivamente).

Segundo resposta da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME, 2007) à Consulta Pública nº 89/2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que pretendia aperfeiçoar o controle e fiscalização de “substâncias psicotrópicas anorexígenas” (em realidade, anfetamínicos), visando à proteção da população brasileira, deveria haver o banimento dessas substâncias anfetamínicas (que foram banidas da terapêutica em quase todos os países desenvolvidos entre 1980 e 1990) e, no caso da sibutramina, a ampliação da regulação de seu uso, conforme recomendação do *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), do Reino Unido.

É total o contra-senso da ANVISA em regular produtos anfetamínicos sem eficácia terapêutica para o tratamento da obesidade e causadores de dano, em dissonância com as normas do Ministério da Saúde, como se segue:

“O tratamento medicamentoso para a redução da obesidade utiliza várias drogas. Há muitas controvérsias sobre sua utilização, pelos escassos estudos sobre seus efeitos em longo prazo. Os remédios criam uma expectativa de cura para a obesidade, e as pessoas geralmente voltam a engordar com a suspensão do medicamento. Segundo a OMS, a terapia medicamentosa deve ser utilizada somente em “pacientes obesos de alto risco” sob estrita supervisão médica e de acordo com avaliação permanente dos efeitos obtidos, nos usuários em quem as mudanças na dieta e o incremento na atividade física não foram capazes de surtir efeito de redução da massa corporal” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006. p.38).

Examinados em conjunto, “os fármacos anoréticos atuam principalmente sobre o centro de saciedade no hipotálamo. Eles têm também efeitos metabólicos que envolvem o metabolismo de carboidratos e de gorduras. A maioria deles está estruturadamente relacionados á anfetamina e aumentam a atividade física. Seu efeito terapêutico tende a declinar depois de alguns meses, e parte desta redução nos efeitos pode ser devido a alterações químicas no cérebro” (ARONSON, 2006). O Comitê de Especialidades Farmacêuticas (CEF) da União Européia, ao determinar, em 2000, a revogação das autorizações de comércio, e subsequente retirada do mercado, de anoréticos anfetamínicos (entre os quais femproporex, anfepramona (dietilpropiona) e mazindol entre outros), nos países em que ainda eram prescritos e dispensados (Espanha, França e Itália, pois na década anterior já não eram utilizados na Europa Setentrional) considerou de forma individual seus aspectos de segurança e de eficácia sendo sua opinião final igualmente negativa no que se refere ao balanço benefício-risco; de concreto, o CEF identificou para essas substâncias um risco, em potência, de indução a reações psicóticas, depressão e convulsões derivado de sua ação estimulante central; ligados ao anterior, encontram-se também casos de dependência e abuso que, embora de menor relevância que os descritos com a anfetamina, foram notificados com seu uso prolongado; ademais não pode excluir-se de forma categórica o risco de acometimento de válvulas cardíacas e de surgimento de hipertensão pulmonar para alguns deles; no que se refere à eficácia, não foi demonstrado, a longo prazo, nem quanto ao grau de perda de peso, nem no tocante a sua manutenção e, de outro lado, o risco em potência de dependência e abuso faz dificilmente justificável recomendar a utilização destes produtos no tratamento de longo prazo da obesidade” (SOBRAVIME, 2007)

O quadro a seguir mostra a oferta de produtos industriais registrados no país:

Segundo o documento da SOBRAVIME (2007), a sibutramina é um fármaco que, embora não se enquadre na classificação de substâncias psicotrópicas anorexígenas (pelo critéri da ANVISA), tem como indicação de uso ser auxiliar no tratamento da obesidade, mas seu emprego deveria observar as recomendações vigentes no Reino Unido (RCPL, 2003; BMA *et al*, 2006). Particularmente, é necessário absorver as diretrizes do *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), órgão do sistema público de saúde britânico:

“O NICE recomenda que a sibutramina deve ser prescrita de acordo com o resumo das características do produto e sob as seguintes condições: deve ser prescrita apenas para pessoas que já tenham se esforçado seriamente para perder peso por dieta, exercício e outras mudanças de comportamento; devem ser tomadas providências para que existam profissionais de saúde

Produtos anorexígenos especificados em comércio no país

(segundo empresa, apresentação farmacêutica e preço ao consumidor) - SP, MG, PR

Fármaco	Produto/Empresa	Apresentação	Preço ao consumidor (SP, MG, PR)
anfepramona	Dualid (Aché)	20 cáps x 75 mg	16,85
	Hipofagin S (Sigma Pharma)	20 cáps x 75 mg	27,85
	Inibex S (Medley)	20 cáps x 25 mg	25,11
	Inibex S (Medley)	20 cáps x 50 mg	29,02
	Inibex S (Medley)	20 cáps x 75 mg	32,41
	cloridrato de anfepramona (EMS)	20 comp x 25 mg	12,51
		20 comp x 75 mg desintegração lenta	18,9
	cloridrato de anfepramona (Genéricos Legrand) [EMS; Sigma Pharma]	20 comp x 25 mg	12,49
		20 comp x 75 mg desintegração lenta	17,76
		cloridrato de anfepramona (Germed - Sigma Pharma) [EMS; Sigma Pharma]	20 comp x 25 mg
		20 comp x 75 mg desintegração lenta	17,89
femproporex	Desobesi-M (Aché)	20 cáps x 25 mg	8,92
		30 cáps x 25 mg	13,67
mazindol	Absten S (Medley)	20 cáps x 1 mg	10,05
	Fagolipo (Libbs)	20 comp x 2 mg	21,47
	Moderine (União Química)	20 comp x 1,5 mg	14,14
rimonabanto	Acomplia (Sanofi -Aventis)	20mg	Não consta: registro em 23/04/2007
Sibutramina	Cloridrato de sibutramina monohidratado (Medley)	10 cáps x 10 mg	31,05
		30 cáps x 10mg	93,10
		10 cáps x 15 mg	36,88
		30 cáps x 15 mg	110,65
	Cloridrato de sibutramina (Biosintética)	30 comp x 10mg	40,27
		30 comp x 15mg	47,92
	Cloridrato de sibutramina (Eurofarma)	30 comp x 10mg	63,60
		30 comp x 15mg	74,13
	Plenty (Medley)	30 caps x 10 mg	192,43
		30 cáps x 15mg	230,96
	Reductil (Abbott)	10 comp x 10 mg	62,26
		30 cáps x 10 mg	192,45
		10 cáps x 15 mg	74,73
		30 cáps x 15 mg	230,96
	Sibutran (UCI - Farma)	30 cáps x 10 mg	67,00
	Vazy (Sigma Pharma)	30 cáps x 10 mg	44,75
30 cáps x 15 mg		53,25	
Outros produtos não anorexígenos empregados no tratamento da obesidade			
quitosana	Ativus, Bionatus, Brasmed, Stem Catarinense, Herbarium, Vitamed	250mg, 500mg	
orlistate	Xenical (Roche)	21 cáps x 120 mg	113,63
		42 cáps x 120 mg	216,50
		84 cáps x 120 mg	395,46

Fontes: Dicionário Terapêutico Guanabara, 2006/2007; Revista ABCFarma, agosto de 2007; Consulta de Remédios; www.consultaremedios.com.br; e Registros da Anvisa (SOBRAVIME, 2007).

apropriados que ofereçam aconselhamento específico, apoio, e orientação sobre dieta, prática de atividade física e as estratégias de mudanças de comportamento para aqueles que receberão sibutramina”.

O mais novo fármaco supressor do apetite, de ação no sistema central, é um derivado canabinóide, aprovado por procedimento de regulação central para a União Européia “como auxiliar à dieta e aos exercícios físicos para o tratamento de pacientes obesos (IMC = >30 kg/m²) ou pacientes com sobrepeso (IMC>27 kg/m²) e que tenham fator(es) de risco associado(s), como diabetes tipo 2 ou dislipidemia”. A primeira avaliação feita pela revista *Prescrire*, um periódico francês independente, ligado à *International Society of Drugs of Bulletins*, diz que o novo princípio ativo não traz nada de novo. O único benefício comprovado de rimonabanto, em pacientes, obesos é a perda de peso de uns poucos quilos (semelhante à realizada pelo orlistate - fármaco de ação periférica no intestino), que são readquiridos quando o tratamento é interrompido. Não há dados de longo prazo sobre a terapêutica com rimonabanto. O adequado é continuar a tratar pacientes obesos com uma combinação de redução de calorias e de atividade física. Se um tratamento farmacológico for necessário para poucas semanas ou meses, o orlistate, para o qual existem dados de muitos anos de vigilância pós-registro, é a escolha mais adequada (PRESCRIRE, 2006).

Assinale-se que o rimonabanto, aprovado no Brasil, mas não comercializado até outubro de 2007, pois há discussão de seu preço na Câmara de Regulação de Mercado de Medicamentos (CMED) - órgão interministerial -, teve o seu registro não recomendado nos EUA, por um comitê de peritos, à Food and Drug Administration (FDA) (Salud y Fármacos, 2007).

Considerações finais

Para enfrentar o abuso do emprego de anoréticos anfetamínicos, de longe os mais consumidos por seu preço baixo, não basta apenas o seu banimento necessidade científica ainda não percebida pelas autoridades de vigilância sanitária do país. É preciso que se aumente, em muito, a oferta de serviços de Atenção Básica que efetivamente se engajem na terapêutica íntegra da prevenção e tratamento da obesidade, que, em essência, não é farmacológica, como bem apresenta o documento do Ministério da Saúde (2006).

De outro lado, setores ligados à educação e a cultura deveriam desenvolver esforços para contestar a publicidade indutora de numerosos meios “mágicos” que visam o emagrecimento. Não há solução rápida para deter o sobrepeso e reduzir a obesidade.

Como meta de longo prazo é preciso desfazer os estereótipos de beleza nórdica, uma vez que jovens que sequer são obesas acabam por se tornarem anoréxicas pelo consumo de fármacos anfetamínicos (ou assemelhados, caso da sibutramina) e pelo condicionamento psicológico.

Proposta de tratamento íntegro com base nas recomendações de Prescrire (2007)

Ajudando pacientes obesos a perder peso sem uso de fármacos

- Os adultos que são obesos (índice de massa corporal (IMC) acima de 30kg/m²) deveriam estar cientes de que correm risco de diabetes, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, vários cânceres, osteoartrite de joelho, e apnéia do sono, entre outras complicações. Mulheres obesas têm risco aumentado de complicações durante a gravidez e o parto. A obesidade provavelmente reduz a esperança de vida.

- Pacientes obesos também devem ser informados que providências dietéticas, combinadas com aumento de exercício físico, podem reduzir a pressão sanguínea, o colesterol LDL (*low density lipoprotein* - lipoproteína de baixa densidade) e a frequência de diabetes tipo 2, além de trazer melhoras à osteoartrite de joelho e à asma. No entanto, os benefícios da perda de peso são usualmente limitados e sua repercussão na qualidade de vida é incerto. As intervenções que encerram um risco de sérios efeitos adversos não têm comprovação para pacientes com excesso de peso que, de algum modo, têm boa saúde e cujo IMC está abaixo de 35 kg/m².

- O melhor meio de perder peso é consumir poucas calorias. Reduzir ou eliminar alimentos com uma elevada densidade de calorias mantém uma ingestão equilibrada de nutrientes diferentes. Este tipo de restrição de calorias parece ser tão efetivo quanto outras dietas de longo prazo, sem trazer risco de efeitos adversos associados com dietas não balanceadas ou intensamente restritivas. Alimentos ricos em calorias são aqueles que têm muita gordura e conteúdo de carboidratos, pobreza de fibras e água.

- O apoio personalizado, por exemplo, por meio de terapia de comportamento, possivelmente com participação do cônjuge, aumenta as chances de êxito. Isso usualmente inclui: o estabelecimento de metas realistas; a identificação de fatores que desencadeiam a vontade de comer (por exemplo, registrando-os em um diário); a resolução de problemas com o paciente, elogiando seu progresso sem críticas ou julgamentos de tentativas fracassadas; e o ensino de recursos para ajudar na mudança de comportamento (comprar alimentos com uma lista tendo o estômago cheio; comer os menores bocados ou pratos, etc.). A efetividade parece ter variedade que depende da capacidade da equipe de saúde envolvida. A participação em um grupo de auto-ajuda para pessoas com excesso de peso também parece ser benéfica.

- Para pacientes com hipercolesterolemia ou doença cardíaca coronariana, é melhor empregar uma

dieta do tipo mediterrânea*, compatível com uma redução de alimentos de elevado teor calórico.

- Em adição à restrição calórica, o aumento de exercício físico promove uma perda inicial de peso e em longo prazo mantém a perda de peso. Sem necessariamente dedicar-se à prática intensiva de esportes, as atividades diárias podem ser adaptadas para se despendar mais energia, como andar ao invés de usar automóvel ou ônibus.

- Uma meta razoável de perda de peso é de 5% a 10%. É importante notar que uma perda de peso maior, contínua, é rara. Alguns pacientes obesos já fizeram consideráveis esforços para alcançar perda de peso moderada. Os cuidadores devem evitar a reiteração quanto à necessidade de perder peso, quando isso pode ser percebido como aborrecimento ou condenação.

- Dados os transtornos de se tratar efetivamente obesos, os pacientes que já têm excesso de peso devem ser encorajados a não ganhar mais peso.

N.T. Consulte-se:

ESTRUCH, R. *et al.* Effects of a Mediterranean - style Diet on Cardio-vascular Risk Factors. **Ann Intern Med.** 2006; 145: 1-11. Disponível em [http://www.annals.org/cgi/reprint/145/1/1.pdf].

Dieta Mediterrânea. http://es.wikipedia.org/wiki/Dieta_mediterranea

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, G.A.N.; SANTOS, J.E.; PASIAN, S.R. *et al.* Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. **Psicol. estud.**, jan./abr. 2005, vol.10, n.1, p.27-35. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a04.pdf]. Acessado em setembro de 2007.

ANJOS, L.A. **Obesidade e saúde pública.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p.11.

ARONSON, J.K (ed.). **Meyler's side effects of drugs. The international encyclopedia of adverse drug reactions and interactions.** vol. 1. Amsterdam: Elsevier, 2006. p.242.

BMA. British Medical Association. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. **BNF - British National Formulary,** Number 52 (September 2006). Disponível em [http://www.bnf.org]. Acessado em setembro de 2007.

FERNANDES, A.M.S.; LEME, L.C.P.; YAMADA, E.M.; SOLLERO, C.A. Avaliação do índice de massa corpórea em mulheres atendidas em ambulatório geral de ginecologia. **Rev Brás. Ginecol Obstet.** 2005; 27(2): 69-74. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n2/24299.pdf]. Acesso em setembro de 2007.

FONSECA, A D. **A concepção de sexualidade na vivência de jovens: bases para o cuidado de enfermagem** [Tese] Florianópolis: UFSC/PEN, 2004. Disponível em: [http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0464.pdf]. Acessado em setembro de 2007.

GOLDBERG. M. O corpo como capital: para compreender a cultura brasileira. **Arquivos em Movimento,** Rio de Janeiro, v.2, n.2, julho/dezembro, 2006. Disponível em [http://www.eefd.ufrj.br/revista/artigos/v2n2/artigo09_v2n2.pdf]. Acessado em setembro de 2007.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF, 2002-2003.** Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=27]. Acessado em setembro de 2007.

INCB. International Narcotics Control Board. Psychotropic Substances. **Statistic for 2004. Scientific Requirements for Substances of Schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971.** New York. United Nations; 2006. Disponível em http://www.incb.org/incb/en/psychotropics_reports.html. Os dados relativos a 2005 são da mesma fonte e disponíveis em [http://www.incb.org/e/tr/psy/2006/psychotropic_substances_2006.pdf]. Acessado em setembro de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Obesidade.** Brasília Ministério da Saúde; 2006. Cadernos de Atenção Básica n. 12) Disponível em [http://dtr.2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/doc_obesidade.pdf]. Acessado em setembro de 2007.

MORIN, E. **Cultura de massas no século XX: neurose.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

NOVAES, J.V. A moralização da beleza traz novas formas de opressão (Entrevista a Adriano De Lavor). **Radis,** nº 56 págs.25-26, abril de 2007. Disponível em [http://www.ensp.fiocruz.br/radis/56/capa-04.html].

OMS. **Obesidad y sobrepeso,** 2006. Disponível em [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html]. Acessado em setembro de 2007.

PRESCRIRE INTERNATIONAL. Obesity: weight loss without drugs. **Prescrire International** 2007 August; 16(90): 162-167. Tradução do original francês Rev Prescrire, 2007; 27(283): 275-281.

RCPL. Royal College of Physicians of London. **Anti-obesity drugs. Guidance on appropriate prescribing and management.** A report of the Nutrition Committee of the Royal College of Physicians of London. April 2003. Disponível em [http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/brochure.aspx?e=12]. Acessado em setembro de 2007.

SALUD Y FÁRMACOS. **Boletín Fármacos,** 2007; 10(4): 18-19. Disponível em [http://www.boletinfarmacos.org/download/sep07.pdf]. Acessado em outubro de 2007.

SOBRAVIME. Contribuição da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME) à Consulta Pública da ANVISA n.. 89, de 12 de dezembro de 2006. **Boletim SOBRAVIME,** nº 52/53, 2007. pp. 15-19.