



FACULDADE DE PINDAMONHANGABA

**Camila Ribeiro Camargo
Tiago Magno de Oliveira**

**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: RISCO DO USO INADEQUADO
E INDEVIDO DO PSICOTRÓPICOS NO BRASIL**

**Pindamonhangaba-SP
2013**



**Camila Ribeiro Camargo
Tiago Magno de Oliveira**

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: RISCO DO USO INADEQUADO E INDEVIDO DO PSICOTRÓPICOS NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção de Diploma de Bacharel pelo curso de Farmácia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Orientadora: Prof^a Dr^a Susana Ungaro Amadei

Co-orientadora: Prof^a MSc Heleneide Cristina Campos Brum

**Pindamonhangaba-SP
2013**

Camargo, Camila Ribeiro; Oliveira, Tiago Magno

Uso indevido de psicotrópicos no Brasil / Camila Ribeiro Camargo; Tiago Magno de Oliveira / Pindamonhangaba-SP : FAPI-Faculdade de Pindamonhangaba, 2013.

f. :il

Monografia (Graduação em Farmácia) FAPI-SP.

Orientadora: Prof^a Dr^a Susana Ungaro Amadei.

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Heleneide Cristina Campos Brum.

1 Psicotrópicos. 2 Uso inadequado. 3 Dependência de medicamento

I Uso Inadequado de Psicotrópicos no Brasil II Camila Ribeiro Camargo; Tiago Magno de Oliveira.



**CAMILA CAMARGO RIBEIRO
TIAGO MAGNO DE OLIVEIRA**

USO INADEQUADO DE PSICOTRÓPICOS NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção de Diploma de Bacharel pelo curso de Farmácia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. _____

Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura: _____

Prof. _____

Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura: _____

Prof. _____

Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura: _____

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, por me iluminar e abençoar minha trajetória. A preciosa e incansável colaboração da minha mãe Auristela que me ajudou durante toda a minha vida e principalmente nesses quatro anos de faculdade. Aos meus irmãos, Diego Magno e Douglas Magno, a todos que de alguma forma ajudaram, agradeço por acreditarem no meu potencial. Ao meu tio e minha tia Miro e Leia pela ajuda durante todos anos juntos. Ao Padre Osmar, que foi durante um tempo meu Pai e guia espiritual, proporcionando muita alegria, sabedoria e proteção. A todos meus amigos e colegas que de alguma forma ajudaram, agradeço por acreditarem no meu potencial, nas minhas idéias, nos meus devaneios, principalmente quando nem eu mais acreditava. A minha orientadora, Susana Ungaro e Co-orientadora Helineide Cristina Campos Brun, por nos ajudar com seus ensinamentos, paciência, e por sempre colocar caminhos que no qual, poderíamos trilhar sem medo. E por último, e não menos importante, obrigado à minhas amigas de projeto: Amanda Rafaela e Camila Ribeiro, Sem vocês nada disso seria possível.

Tiago Magno Oliveira

Agradeço a Deus, por me conceder a oportunidade de uma graduação, pela saúde que me deu e me dá, pois através dela tenho forças para lutar, aos meus pais José Orlando de Camargo e Ivane Aparecida Ribeiro, que sempre me ajudaram, ao meu noivo Gilson Benedito Fernandes o qual teve muita paciência e me ajudou por demais, eles me deram forças para continuar, nas horas em que tudo parecia impossível, aos meus colegas de profissão Claudia Teixeira, que foi quem me deu oportunidade à entrar na faculdade que realmente queria, a Cristiano Marcus, Gislene Rennó e Teresa Cristina que me ajudaram repassando seus conhecimentos, aos professores que como educadores nos ensinaram o valor da profissão, a orientadora Susana Amandei Ungaro e Co-orientadora Helineide Cristina Campos Brun, que acima de tudo nos ensinaram o valor do ser humano e qual o nosso papel na sociedade e agradeço a todas as pessoas, que mesmo quando não puderam me ajudar, oraram por mim, o que foi muito importante e fizeram parte minha vida.

Camila Ribeiro Camargo

RESUMO

O uso inadequado de psicotrópicos no Brasil é considerado um problema de saúde pública, uma vez que acarreta diversos danos aos pacientes quando utilizado de maneira indiscriminada, causando dependência física e psicológica. Este estudo avalia a produção científica publicada entre 1991 e 2012, para identificar como o assunto sobre o uso indevido e abusivo dos psicotrópicos no Brasil vem sendo abordado. O trabalho demonstrou os perigos do uso indiscriminado dos medicamentos psicotrópicos, bem como os cuidados que se deve ter ao receitar estes medicamentos como tratamento por certo período e não como um produto de uso contínuo, o que muitas vezes não acontece devido ao não acompanhamento pelos médicos dos pacientes ou mesmo pela venda indiscriminada. A mudança do estilo de vida é uma atitude que deve ser estimulada em todos os pacientes. Diante disso, o estudo pode servir de ferramenta para diferentes segmentos da área da saúde atuar no combate ao uso abusivo e indevido dos psicotrópicos.

Palavras chave: Psicotrópicos, Uso indevido de psicotrópicos, Dependência medicamentosa.

ABSTRACT

The inappropriate use of psychotropic drugs in Brazil is considered a public health problem, since many causes harm to patients when used indiscriminately, causing physical and psychological dependence. This study aimed to evaluate the scientific literature published between 1991 and 2012, to identify how the issue of improper and abusive use of psychotropic drugs in Brazil has been approached. The study demonstrated the dangers of indiscriminate use of psychotropic medications and the care to be taken when prescribing these medications as treatment for certain period and not as a product of continuous use, which often does not happen because of not monitoring by doctors of patients or even by indiscriminate selling.

Keywords: psychotropic drugs, misuse of psychotropic remedies, dependence of remedies.

Sumário

1	Introdução	09
2	Revisão de literatura.....	12
2.1	Aspectos gerais dos psicotr3picos.....	12
2.2	Ansiol3ticos.....	13
2.2.1	Efeitos colaterais dos ansiol3ticos.....	13
2.3	Antidepressivos.....	14
2.3.1	Principais classes de antidepressivos.....	16
2.4	Antimani3cos e Anticonvulsivantes.....	16
2.4.1	Principais medicamentos usados para epilepsia.....	18
4	Materiais e M3todo.....	21
5	Discuss3o.....	22
6	Conclus3o.....	2
	Refer3ncias.....	26

1 INTRODUÇÃO

A palavra psicotrópico é composta por psico e trópico. Psico da origem grega que significa nosso psiquismo (o que sentimos, fazemos e pensamos, enfim o que cada um é). Já trópico está relacionada com o termo tropismo que significa ter atração por algo. Então, por definição, psicotrópico é atração pelo psiquismo e drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o cérebro, alterando de alguma maneira o psiquismo.¹

Os medicamentos psicotrópicos são aqueles que agem sobre o sistema nervoso central (SNC), modificando suas reações psicológicas. O termo indica o conjunto de substâncias químicas, de origem natural ou artificial, que tem um tropismo psicológico, isto é, que são suscetíveis de modificar a atividade mental sem prejudicar o tipo desta modificação.²

Na maioria das vezes as drogas psicotrópicas eram usadas como substância para diminuir o sofrimento das pessoas. Com passar do tempo, foram sendo assimiladas pelos costumes e hábitos dos povos antigos, integrando as pessoas principalmente por ocasiões das festas e dos rituais religiosos. Até então, o consumo estava sob controle, não representando perigo para a harmonia do grupo.³

O uso de fármacos psicotrópicos com eficácia demonstrada em distúrbios psiquiátricos tornou-se disseminado a partir de meados da década de 50. Atualmente, cerca de 10 à 15% das prescrições feitas nos Estados Unidos são para medicações destinadas a afetar os processos mentais; seja para sedar, estimular ou, de algum modo, alterar ora o humor, ora o raciocínio ou o comportamento. Esta prática reflete tanto a alta frequência de distúrbios psiquiátricos primários quanto à ocorrência de reações emocionais quase inevitáveis em pessoas com doenças clínicas. Além disto, muitos fármacos utilizados para outras finalidades também modificam as emoções e a cognição, sejam como parte de suas ações habituais ou como efeitos tóxicos de dosagens excessivas.⁴

As mulheres apresentam maior índice de depressão do que os homens e são particularmente vulneráveis nos períodos de mudança hormonal, como na pré e pós menopausa. Estudos epidemiológicos têm demonstrado um aumento na frequência de depressão durante a menopausa. O aumento de doenças depressivas tem sido atribuído ao progressivo declínio na produção de estrógenos após os 40 anos, coincidindo com o climatério.⁵

Tabela 3. Comparação das frequências de uso de diferentes classes de psicofármacos por sexo (n=329).

Psicofármaco	Total n (%)	Gênero		P-valor*
		Masculino n (%)	Feminino n (%)	
Antidepressivos	208 (63,2%)	42 (45,7%)	166 (70,0%)	<0,001*
Antiepiléticos	97 (29,7%)	39 (42,2%)	58 (24,5%)	0,002*
Ansiolíticos	86 (26,1%)	21 (22,8%)	65 (27,4%)	0,476
Antipsicóticos	67 (20,4%)	24 (26,1%)	43 (18,1%)	0,146
Antiparkinsonianos	18 (5,5%)	10 (10,9%)	8 (3,4%)	0,016*
Antidemência	3 (0,9%)	1 (1,1%)	2 (0,8%)	1,000
Sedativos e hipnóticos	2 (0,6%)	0 (0%)	2 (0,8%)	0,925
Psicoestimulantes	2 (0,6%)	1 (1,1%)	1 (0,4%)	1,000
Antiobesidade	1 (0,3%)	0 (0%)	1 (0,4%)	1,000
Medicamentos usados na dependência química	1 (0,3%)	1 (1,1%)	0 (0%)	0,623

* teste de qui-quadrado de Pearson (com correção de continuidade para tabela 2x2).

O uso indevido de medicamentos sem prescrição médica é mais comum em mulheres do que em homens, para qualquer das faixas etárias estudadas. Os estimulantes aparecem com 1,5% de usuários na vida. Os benzodiazepínicos com 3,3%, porcentagem bastante próxima à observada nos EUA (5,8%). A dependência de benzodiazepínicos foi estimada em 1,0% no Brasil.⁶

Atualmente os psicotrópicos são prescritos às pessoas estressadas ou nervosas bem como aos pacientes das clínicas psiquiátricas. Mas por lei foram equiparados aos entorpecentes sendo, portanto de venda controlada, porque, usados de formas abusiva ou indevidamente, podem causar dependência.⁷

Os problemas atuais de saúde pública referente ao abuso dos benzodiazepínicos estão relacionados aos excessos de indicações desses medicamentos. A prescrição não pretender que se resolvam todos os problemas gerados pela ansiedade cotidiana, pela tensão da vida diária ou para minimizar o mal estar das dificuldades naturais do dia-a-dia.⁸

Já é conhecida a preocupação mundial do uso indiscriminado de psicotrópicos, principalmente os benzodiazepínicos. Existe a necessidade da implementação de serviços públicos que garantam o seu uso racional, preservando a saúde da população e reduzindo os gastos públicos. O Brasil sofre com a falta de conhecimento sobre o uso indevido de ansiolíticos. A falta de diagnóstico preciso entre o estado ansioso normal e o estado doentio representa o ponto no qual os sintomas passam a interferir com as atividades produtivas normais. Diante disto, presume-se que os fármacos ansiolíticos estejam entre as substâncias mais usadas pela população mundial. As pessoas utilizam estes medicamentos inadequadamente sem necessidade médica em qualquer situação nas quais se sentem nervosas ou estressadas.⁹

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo identificar o uso indevido e abusivo dos psicotrópicos bem como enfatizar a responsabilidade dos profissionais da equipe de saúde na assistência ao usuário deles. Embora estes medicamentos dependam da prescrição por serem controlados, alguns profissionais que prescrevem para pacientes que já tomam por um período prolongado, o fazem qualquer tipo de acompanhamento para que o mal seja resolvido.¹⁰

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos gerais dos psicotrópicos

Os psicotrópicos são divididos em 4 categorias: sendo as principais os ansiolíticos sedativos, particularmente os benzodiazepínicos, os quais são utilizados para o distúrbios de ansiedade. Os antidepressivos (agentes que elevam o humor), os antimaníacos ou estabilizadores do humor (notavelmente os sais de lítio e determinados anticonvulsivantes) os quais são utilizados no tratamento dos distúrbios afetivos do humor e condições relacionadas. Já os antipsicóticos ou neurolépticos são utilizados no tratamento de doenças psiquiátricas graves - as psicoses e a mania, exercendo efeitos benéficos sobre o humor e o raciocínio, porém muitos neurolépticos clássicos estão associados ao risco de efeitos colaterais característicos que estimulam doenças neurológicas, enquanto os antipsicóticos modernos estão associados a um ganho ponderal e a efeitos metabólicos adversos. O uso de fármacos no tratamento dos distúrbios psiquiátricos está cada vez tornando se mais racional à medida que o diagnóstico das doenças psiquiátricas adquirem objetividade, coerência e confiabilidade.^{4,37}

Com relação à classificação terapêutica dos psicofármacos a literatura cita alguns medicamentos que estão descritos abaixo (Tabela 1)

Tabela 1 – Principais classes de psicotrópicos

Neuroléptico	clorpromazina.
Antidepressivos	amitriptilina, clomipramina, fluoxetina, imipramina, nortriptilina
Ansiolíticos	Bromazepam, diazepam
Anticonvulsivantes	carbamazepina, fenitoína, fenobarbital
Antiepilético	Clonazepam
Antipsicóticos	haloperidol, tioridazida

2.2 Ansiolíticos

Os ansiolíticos pertencentes à classe dos benzodiazepínicos e surgiram no mercado na década de 60. Caracterizam-se por seu efeito ansiolítico (em baixas doses) bem como, sedativo hipnótico em altas doses. Os fármacos pertencentes à classe dos ansiolíticos, além de possuírem propriedades miorrelaxantes e anticonvulsivante, também são bastante utilizadas em tratamentos de insônia, ansiedade, stress, ou em determinadas circunstâncias, para atenuar situações de pânico do indivíduo. Tais classes de medicamentos são controladas rigorosamente pelo Ministério da Saúde, ou seja, a farmácia só pode vendê-los mediante receita especial, chamada de Receita tipo B, em cor azul, a qual fica retida na farmácia para posterior controle das autoridades sanitária.¹¹

A ansiedade é um padrão de resposta incondicionado, caracterizado pelo conjunto de reações fisiológicas referentes à emissão de comportamentos de luta ou fuga frente a situações perigosas. Enquanto a depressão é uma condição frequente e crônica associada em níveis altos de incapacitação funcional, ou seja, o indivíduo não consegue enquadrar-se perante a sociedade. Estudos têm mostrado que, nas últimas décadas, um terço de pacientes com esses males não consegue êxito com apenas farmacoterapia. Com isto, a preocupação para com o tratamento da depressão e ou ansiedade tem sido alvo de muitos estudos. A psicoterapia, um processo gradativo e longo para esses tipos de enfermidades causa certo desequilíbrio no ser humano afetado.¹²

2.2.1 Efeitos colaterais dos ansiolíticos

Os principais efeitos colaterais dos ansiolíticos (benzodiazepínicos) são a sedação e sonolência, variável de indivíduo para indivíduo e depende da dose do medicamento. Um aumento da pressão intra-ocular pode ocorrer mas, na prática clínica, trata-se de raríssima observação. Os efeitos teratogênicos são ainda objeto de estudo, porém, tendo em vista sua utilização clínica durante décadas, permite-se uma indicação mais flexível do diazepam durante a gravidez, por haver relatos de fenda labial e palatina.⁷

A prática clínica tem demonstrado que a dependência aos benzodiazepínicos pode acontecer, mas não invariavelmente. A tendência do paciente em aumentar a dose dos benzodiazepínicos para obter o mesmo efeito, ou seja, a tolerância, acontece mas, não é o mais comum. Em relação a isso nota-se na maioria das vezes, uma má utilização da droga. Isto é, em quando não tratada a causa básica da ansiedade esta se torna mais intensa, havendo

maior necessidade da droga.⁷

Essa maior necessidade da droga decorrente do aumento da ansiedade, não deve, de forma alguma, ser confundida com o fenômeno da tolerância. Aos sintomas de abstinência dos benzodiazepínicos embora possa ser possível com algum deles, o que se observa com mais frequência é o retorno dos sintomas psíquicos que promoveram sua indicação por ocasião de sua retirada. Isso pode, eventualmente, ser confundido com abstinência na expressiva maioria dos casos. Se a situação psicoemocional que determinou a procura da droga não foi decididamente resolvida, mas apenas protelada, então, retirando-se o ansiolítico os sintomas voltarão. Isso não pode ser tomado como síndrome de abstinência.¹³

Em poucos casos, de fato, observa-se sintomas de abstinência. Estes ocorrem, predominantemente, com o clonazepam e lorazepam. Quando ocorre a síndrome de abstinência aos benzodiazepínicos, esta tem início cerca de 48 horas após a interrupção da droga e os sintomas correspondem à ansiedade acentuada, tremores, visão turva, palpitações, confusão mental e hipersensibilidade a estímulos externos. Antes de confirmar o diagnóstico de síndrome de abstinência convém observar se tais sintomas não são os mesmos que anteriormente levaram o paciente a iniciar o tratamento.¹⁴

Os casos de dependência aos benzodiazepínicos descritos na literatura ou constatados na clínica estão relacionados, na maioria das vezes, relacionada ao uso prolongado e com doses acima das habituais. Há uma tendência atual em se considerar o fenômeno da dependência ao benzodiazepínico, até certo ponto, mais dependente de traços da personalidade do que de alguma característica da droga.⁸ Se o benzodiazepínico não for bem indicado e estiver sendo usado ora como paliativo de uma situação emocional não resolvida, ora como atenuante de uma situação vivencial problemática, ou ainda como corretivo de uma maneira ansiosa de viver, pode dar falsa impressão de dependência ou até de síndrome de abstinência.¹⁵

Na manipulação de fórmulas para emagrecer, era comum associar os benzodiazepínicos com as drogas inibidoras de apetite (anfetaminas). Essa associação tinha o objetivo de diminuir a ansiedade produzida pelas anfetaminas. Atualmente a legislação não permite mais essa mistura essa pratica.⁸

2.3 Antidepressivos

A depressão é um transtorno médico comum, com elevada prevalência ao longo da

vida, cujo curso tende a ser crônico e recidivante.¹⁶

Os antidepressivos são medicamentos empregados no tratamento da depressão e nos transtornos de ansiedade, do pânico, obsessivo-compulsivo, alimentares, e até em estados dolorosos crônicos e na enurese noturna. Podem ser classificados em antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoamina oxidase, inibidores seletivos de receptação da serotonina e antidepressivos atípicos. Essas drogas possuem efeitos variados na noradrenalina, dopamina e serotonina, pois bloqueiam a recaptção e limitam a degradação desses neurotransmissores prolongando sua ação.¹⁷

Os ansiolíticos ocupam uma posição de destaque, de acordo com a literatura, em relação ao consumo de medicamentos, estão entre as substâncias psicotrópicas mais consumidas de forma indiscriminada em todo o mundo¹⁸

Sendo a depressão mais comum, com elevada prevalência ao longo da vida, cujo. É influenciada por diversos fatores biológicos, psicológicos e ambientais e ocasiona grande sofrimento e comprometimento para os pacientes. O uso terapêutico de psicotrópicos deve ser um grande aliado no tratamento de transtornos mentais. No entanto, seu uso indevido pode acarretar em danos a saúde.^{19,37}

Segundo estimativa da OMS (2009) ano 2020 a depressão será a primeira causa de morbidade nos países desenvolvidos, subsequente à ansiedade, sendo que atualmente, ocorre cerca de 58.000 suicídios/ano na União Européia, o que ultrapassa o número anual de vítimas mortais de acidentes de viação, homicídio ou HIV/AIDS.²⁰

Aproximadamente entre 2 a 12 % dos indivíduos no Brasil apresentam o sintomas depressão no decorrer de toda a vida^{21,22}. Esses números são mais altos entre os pacientes do serviço de atenção primária. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro em 15 centros de atenção primária à saúde mostrou uma prevalência de 29,5% com transtornos depressivos. A maioria dos indivíduos com depressão é atendida pelos serviços de atenção primária, enquanto apenas uma minoria recebe atendimento de especialistas em saúde mental. Apesar da depressão ter uma taxa de prevalência relativamente alta nos serviços de atenção primária, seus diagnósticos e tratamento são insuficientes. Os clínicos gerais falham na detecção do transtorno em mais de 50% dos casos e provém tratamento para apenas um terço deles. Nos pacientes em que não é diagnosticado a verdadeira patologia, observa-se uma pior evolução.²³

O transtorno depressivo maior diferencia-se do humor deprimente, que afeta a maioria das pessoas regulamente, por se tratar de uma condição duradoura (a maior parte do dia, quase todos os dias, pelo menos 2 semanas), de maior intensidade ou mesmo por uma

tristeza de qualidade diferente da tristeza habitual, acompanhada de vários sintomas específicos e que trazem prejuízo à vida da pessoa. A distímia é um outro tipo de transtorno depressivo caracterizado por sintomas de menor intensidade, mas com caráter bastante crônico (a maior parte do dia, quase todos os dias, pelo menos 2 anos). Ou seja, depressão não é simplesmente tristeza. É uma doença que precisa de tratamento.²⁴

A associação entre depressão e doenças clínicas é muito frequente, levando a pior evolução tanto do quadro psiquiátrico como da doença clínica, com menor aderência as orientações terapêuticas, além de maior morbidade e mortalidade. A depressão muitas vezes é subdiagnóstico e principalmente pela presença de sintomas semelhantes a outras patologias, que também podem ocorrer em doenças crônicas, como fadiga e anorexia. Diversas doenças estão claramente associadas à depressão, com maior destaque para as doenças cardiovasculares endocrinológicas, neurológicas, renais, cânceres e outras doenças crônicas, impedindo o indivíduo de executar as atividades que possivelmente desenvolveria caso estivesse são.²⁵

2.3.1 Principais classes de antidepressivos

A fluoxetina, um inibidor seletivo da recaptção da serotonina (ISRS), sendo uma substância reconhecidamente eficaz para o tratamento dos sintomas da depressão. Como ocorre com outros ISRS, ela pode produzir uma série de reações adversas. Segundo a OMS reações adversas são definidas como “qualquer resposta a medicamentos que seja nociva e indesejável e que ocorre nas doses utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico, tratamento de doenças, ou para modificação de uma função fisiológica”. A bula brasileira do produto comercial Prozac®, um antidepressivo à base de fluoxetina, cita um total de 62 reações adversas, várias delas de marcante gravidade. Muitos trabalhos científicos enfatizam esses inconvenientes dos ISRS, citando a possível ocorrência de ideia suicida.²⁶

2.4 Antimaníacos e Anticonvulsivantes

A Psicose maníaco-depressiva, também conhecida como transtorno bipolar, é uma doença típica de mania alternada (alto) e depressão (baixo), mudanças bruscas de humor . Os sintomas variam desde irritabilidade até raiva, exagerado de auto-importância e de alta

energia. Se esta condição não for tratada, pode piorar um problema psicológico. Da mesma forma, se os sintomas da fase de baixa, como o foco deficiência, cansaço, letargia, dietéticos e irregularidades do sono, são deixados sem tratamento pode levar o indivíduo a depressão.²⁷

Já a epilepsia tem como característica por um distúrbio cerebral crônico de diversas etiologias, caracterizado por manifestações recorrentes clinicamente diversificadas, dentre as quais figuram as convulsões. A melhor caracterização clínica de epilepsia e classificação das crises epiléticas orientam racionalmente o tratamento. A maioria dos pacientes com epilepsia não obtém tratamento curativo. Sendo assim, os antiepiléticos são prescritos para prevenir a recorrência de crises. O objetivo do tratamento é melhorar a qualidade de vida para o paciente, com melhor controle das crises e o mínimo de efeitos adversos. A indicação de quando iniciar tratamento medicamentoso é ainda uma questão controversa, especialmente a indicação de fazê-lo após a primeira crise, pelo necessário balanço dos riscos de recorrência contra os induzidos por tratamento prolongado com antiepiléticos, tanto em adultos quanto em crianças.²⁸

A decisão é individual e tem por meio de uma avaliação de riscos para cada paciente em particular, afastando fatores provocativos e estabelecendo as restrições ao uso de medicamentos. Para uma primeira convulsão não-provocada, usualmente não se prescrevem antiepiléticos. É extremamente difícil, prever o sucesso do tratamento para o paciente individual com base no mecanismo de ação. Apenas algumas generalizações são possíveis, entre elas, os pacientes com crises tônico-clônicas generalizadas e com crises parciais obtêm mais sucesso com fármacos bloqueadores dos canais de sódio (carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, lamotrigina e ácido valpróico), pacientes com múltiplos tipos de crises respondem preferencialmente a fármacos com múltiplos mecanismos de ação (ácido valpróico, lamotrigina, topiramato), pacientes com ausências são mais responsivos a bloqueadores dos canais de cálcio de tipos T (etossuximida), N e P (lamotrigina). Para se ter sucesso terapêutico o passo mais importante é a correta identificação do tipo de crise e síndrome epilética, já que os mecanismos de geração e propagação das crises são diferentes, e os vários anticonvulsivantes agem por diversos mecanismos que podem ou não ser favoráveis a cada síndrome.²⁸

Ao escolher o antiepilético deve se levar em consideração vários fatores, como: efeitos adversos, (especialmente em crianças, mulheres em idade reprodutiva, gestantes e idosos), tolerabilidade individual, facilidade de administração e custo do tratamento. Não há dúvidas que a melhor forma, é que o tratamento da epilepsia deva ser iniciado com agente único. A monoterapia reduz riscos de toxicidade e teratogenicidade, elimina problemas de

interação farmacológica, melhora a adesão dos pacientes e simplifica a avaliação da resposta terapêutica. Diante da persistência de crises, costuma-se aumentar a dose do medicamento de primeira escolha até que surjam efeitos adversos limitantes. Estudos mostraram que a substituição do agente em monoterapia por outro fármaco resultou em controle adicional de crises em 25% dos pacientes, comparativamente a 23% de pacientes em que se associou um segundo fármaco ao primeiro, sugerindo que ambas as alternativas sejam equivalentes para aumentar o grau de controle. Em casos de politerapia, algumas regras orientam um regime racional. Associação de fármacos com diferentes mecanismos de ação, visando sinergismo. fármacos com diferente perfil de efeitos adversos. Não associação de fármacos com significativa capacidade de indução ou inibição enzimática hepática.²⁸

Em crianças, o tratamento continua até um à dois anos após os pacientes não apresentarem mais crises. Em adultos, não há evidências publicadas que definam a duração de tratamento após uma primeira crise. Os potenciais de interações medicamentosas e a monitorização de níveis séricos para orientar a prescrição de alguns antiepilépticos são aspectos a considerar na seleção de tratamento.²⁸

2.4.1 Principais medicamentos usados para epilepsia

Carbamazepina, em monoterapia, é eficaz no tratamento da epilepsia, sendo fármaco de primeira escolha em crises parciais simples e complexas e nas generalizadas tônico-clônicas secundárias a uma descarga focal. Tem maior índice terapêutico do que fenitoína, e sua relação dose-concentração plasmática é linear. Tem menos efeitos adversos do que fenitoína ou fenobarbital, cuja incidência pode ser minimizada por alteração do intervalo entre doses ou uso de preparações de liberação prolongada. Em casos de insucesso com monoterapia, mostra-se sinérgica com ácido valpróico. Carbamazepina também é indicada no manejo de dor crônica e na fase aguda do episódio maníaco da doença bipolar, durante a fase de latência do carbonato de lítio.²⁸

Já o clonazepam é um benzodiazepínico para o qual não existem evidências que comprovem eficácia em crises parciais simples e complexas e em epilepsia mioclônica. Poderia ser considerado fármaco de segunda linha em crises mioclônicas refratárias a ácido valpróico, mas não há ensaio clínico que fundamente tal indicação. Por isso, este fármaco foi suprimido da lista modelo da Organização Mundial da Saúde em 2005. Além disso, sendo um benzodiazepínico, seu uso crônico fica limitado pela sedação.²⁸

Diazepam é o benzodiazepínico considerado a primeira escolha no tratamento

emergencial do estado de mal epiléptico (sendo conhecido como grande mal e pequeno mal). Sua administração deve ocorrer até 30 a 60 minutos após o início da crise, quando mecanismos compensatórios ainda previnem o dano neuronal. O tratamento deve ser instituído preferivelmente por via intravenosa, para obter rápido início de ação. É associado a outras medidas, tais como oxigenoterapia, hidratação parenteral e administração de solução de glicose, se houver sinais de hipoglicemia. Alguns estudos compararam diazepam, lorazepam, fenobarbital, fenitoína e fosfenitoína no manejo inicial do estado de mal epiléptico. Lorazepam e diazepam seguido de fenitoína demonstraram eficácia comparável (50 a 60% de controle) no controle do estado de mal epiléptico. Se as crises persistem por mais de uma hora após o manejo inicial, o uso de anestésicos gerais é recomendado. Quando o estado de mal foi desencadeado por suspensão súbita de tratamento prévio com antiepilépticos, a reinstituição desses resolve o quadro. Revisão sistemática dos poucos ensaios clínicos randomizados sobre estado de mal epiléptico mostra que há poucas evidências que fundamentem uma conduta em detrimento de outras.²⁸

Diazepam intravenoso faz cessar o quadro em 60-80% dos pacientes. Diazepam por via retal elimina a recorrência de crises em cerca de 70% dos pacientes. Diazepam intravenoso rapidamente se redistribui aos tecidos, com meia-vida de distribuição inferior a 30 minutos. Isso determina rápida queda nos níveis plasmáticos, propiciando 50% de chance de novas crises em duas horas. Diazepam e lorazepam intravenosos mostraram desempenho superior ao do placebo quando administrados por paramédicos em indivíduos atendidos na comunidade. Complicações respiratórias e circulatórias não diferiram entre os três grupos, mostrando que a abordagem é segura. Em crianças, principalmente com convulsões motoras, o acesso venoso é por vezes difícil. Por isso, midazolam intramuscular foi comparado a diazepam intravenoso, mostrando similar eficácia, porém cessa mais rápido a crise pela pronta instalação de tratamento.²⁸

Fenitoína é eficaz nas crises parciais simples e complexas, com ou sem generalização secundária, e de crises tônico-clônicas generalizadas primárias. Porém piora crises de ausência e mioclônicas, para as quais está contra-indicada. Em estado de mal epiléptico, é dada em seqüência a diazepam ou lorazepam. O risco de bloqueio A-V e de outras arritmias contra-indica seu uso em pacientes cardiopatas e idosos em estado de mal epiléptico. É necessário monitorizar concentrações plasmáticas para ajuste de doses e detecção de efeitos tóxicos.²⁸

Fenobarbital é barbitúrico de ação intermediária, com eficácia na epilepsia, exceto em ausência. Por ser muito sedativo em adultos e causar hipercinesia e alterações de

comportamento em crianças, não é mais considerado primeira escolha em nenhum tipo de crise³⁰. Fica reservado para casos refratários de crises tônico-clônicas generalizadas primárias e pacientes em que maior grau de sedação é desejado. Em forma injetável, é usado em estado de mal epilético (conhecido como grande e pequeno mal). Nesta condição, pacientes idosos foram tratados pela primeira vez em 71,4% com fenobarbital, em 63,0% com lorazepam, em 53,3% com diazepam seguido de fenitoína e em 41,5% com fenitoína. Os efeitos adversos mais graves correspondem à depressão cardiorrespiratória, mas não há evidências de que sejam mais frequentes que os riscos que ocorrem com os outros antiepiléticos. O Comitê de Seleção e Uso de Medicamentos Essenciais da OMS de 2007 recomenda que seja usado como terapia de segunda linha em estado de mal refratário ao uso inicial com benzodiazepinas, tanto em adultos como em crianças. Fenobarbital é barato. Pode ser administrado por vias intravenosa e intramuscular, não exige monitorização, porém a medida das concentrações plasmáticas aumenta a eficácia e a segurança.²⁸

Sulfato de magnésio é usado para convulsões em pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Para tanto, é empregado preferencialmente em infusão intravenosa contínua. Mostra ser o mais eficaz e seguro anticonvulsivante em comparação aos demais para tratar convulsões na eclâmpsia. Também tem sido indicado com o objetivo de prevenir surgimento de eclâmpsia em gestantes com pré-eclâmpsia. Houve redução de aproximadamente 50% na incidência de eclâmpsia, sem influenciar a mortalidade materna e fetal. Comparativamente à fenitoína, sulfato de magnésio reduziu significativamente a recorrência de convulsões, favoreceu a morbidade materna e associou-se a menos admissões e menor permanência de recém-nascidos em unidades de tratamento intensivo. Comparativamente a diazepam, sulfato de magnésio reduziu mortalidade materna e associou-se a melhores escores de Apgar em 5 minutos e a menor permanência dos recém nascidos em unidades de tratamento intensivo.²⁸

Valproato de sódio tem eficácia comparável ao medicamento carbamazepina e fenitoína no controle de crises parciais. Para crises generalizadas primárias, de ausência, mioclônicas e espasmos infantis é considerado como primeira escolha. Ácido valpróico ou etossuximida controlam crises de ausência em 80% dos pacientes. Nas crises mioclônicas, a monoterapia com ácido valpróico exerce controle em 75-90% dos pacientes.²⁸

4 MATERIAL E MÉTODO

Este estudo foi realizado por meio de uma pesquisa com delineamento fundamentado quanto a forma de abordagem, do tipo qualitativo e quanto aos objetivos, exploratória tendo como procedimento, a revisão bibliográfica. Os bancos de dados da Internet, tais como Scielo e Pubmed, foram consultados para obtenção de artigos científicos, os quais, mediante leitura sistemática e com resumo de cada obra, ressaltou-se os principais pontos abordados pelos autores . As buscas foram realizadas usando-se as palavras chave: psicotrópicos, uso indevido de psicotrópicos, dependência medicamentosa.

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo questionar o consumo abusivo e indevido dos psicotrópicos, particularmente aqueles que são mais prescritos, os ansiolíticos e os antidepressivos centrando esse questionamento exatamente no ato da prescrição dos mesmos, compreendendo o papel preponderante que os profissionais da saúde assumem nesse processo. As pessoas procuram encontrar nas drogas alívio ou prazer para as suas atividades, o que ajuda no uso abusivo ou indevido de medicamentos psicotrópicos e a consequente fármaco dependência.²⁹

Devido ao uso indevido, não há dúvida de que é preciso haver algum controle sobre o uso dessa classe de drogas. A maioria dos países impôs restrições oficiais com essa finalidade, determinando quem deveria receber esse medicamentos e quais as condições para isso. O controle, para prevenir o uso indevido, e a esquematização, para prevenir seu abuso, têm sido também objeto de debates na Organização Mundial de Saúde (OMS) e em outras agências internacionais.³⁰

Uma maneira eficaz de prevenção é educar, no seu sentido mais amplo. Além disso, o conhecimento do seu próprio corpo, bem como seus mecanismos de funcionamento, é a melhor forma de promoção de saúde.³¹

Encontra-se na literatura artigos sobre os consumidores destes psicofármacos, mas pouca reflexão foi feita sobre o papel dos atos sociais que prescrevem estes medicamentos – os médicos. Evidentemente que a medicação são conceitos amplamente discutidos na literatura sociológica, no entanto, embora existam alguns trabalhos na área dos estudos do gênero sobre as ideologias médicas que subjazem à maior prescrição destes medicamentos às mulheres, é raríssimo encontrar estudos que centrem o seu objeto teórico nas ideologias terapêuticas que assistem à prescrição de antidepressivos e calmantes. Serão todos os consumidores destes medicamentos doentes mentais de fato, ou estarão as experiências de tristeza e de stress a ser largamente patológicas de tal modo que o tratamento do sofrimento mental, tradicionalmente subordinado a uma especialidade médica, parece ter saído para o domínio público, tornando-se uma das grandes preocupações e um dos grandes encargos em termos de Saúde Pública. A influência deste regime médico observa-se na influência do discurso médico nos hábitos de higiene e de alimentação, no desenvolvimento de práticas desportivas, na preocupação com o meio ambiente, e na observância de campanhas preventivas que servem para controlar o estado de saúde e não de doença. Enquanto

indivíduos, nos comportemos como proto-pacientes, possíveis doentes persuadidos e dirigidos pelo discurso médico, procurando os serviços médicos mesmo antes de estarmos doentes e tentando cumprir as exigências médicas no nosso dia-a-dia, para cumprirmos a exigência social de sermos saudáveis.³²

Os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais usados no mundo, havendo estimativas de que entre 1 e 3 % de toda a população ocidental já os tenha consumido regularmente por mais de um ano. São fármacos com atividade hipnótica e ansiolítica cuja utilização iniciou-se na década de 1960. Na época, apresentavam inúmeras vantagens sobre os barbitúricos, até então utilizados para estas finalidades, os quais possuíam muitos efeitos adversos comparados a estes últimos, apresentavam baixos riscos de intoxicação e dependência, fatores estes que propiciaram rápida aceitação pela classe médica.³³

O diazepam, assim como os demais benzodiazepínicos, tem propriedades hipnótica, tranquilizante, antidepressiva, sedativa e relaxante muscular. É um fármaco largamente utilizado para aliviar tensão, ansiedade, espasmos musculares e controlar estados epiléticos. Esse fármaco é biotransformado principalmente ao nível hepático por enzimas do sistema microsômico do citocromo P450, CYP2C e CYP3A, sendo três os metabólitos biologicamente ativos: nordiazepam, temazepam e oxazepam. O diazepam, tem efeito de estabilização cardiovascular, que, inclusive, pode ser prejudicial quando utilizado em pacientes com insuficiência cardíaca grave, por aumentar a resposta inotrópica provavelmente em decorrência do fato de inibir a fosfodiesterase quatro.³⁴

A ansiedade é um padrão de resposta incondicionado, com um conjunto de reações fisiológicas referentes à emissão de comportamentos de luta ou mesmo fuga frente a situações de incomodo que se sentam impotente. Enquanto a depressão é uma condição freqüente e crônica associada em níveis altos de incapacitação funcional, ou seja, o indivíduo não consegue enquadrar-se perante a sociedade. Estudos têm mostrado que, nas ultimas décadas, um terço de pacientes com esses males não consegue êxito com a farmacoterapia.³⁵

Os usuários procuram geralmente os barbitúricos para se acalmarem ou para dormirem. Essas drogas, mesmo em pequenas doses, tornam o indivíduo sonolento, obtuso, incapaz de desempenhar satisfatoriamente suas responsabilidades. São vendidas em cápsulas ou pastilhas de diferentes tamanhos, cores e formas. Mas têm que ser usadas com parcimônia, porque um grama já pode ser dose mortal. Os produtos preferidos pelos usuários, vendidos nas farmácias sob prescrição médica ou obtidos ilicitamente, são os barbitúricos (amorbarbital sódico, pentobarbital sódico, secobarbital sódico), o sedativo (glutetimide) e tranquilizantes (fenotiazina, meprobamato, clordiazepóxido). O uso contínuo dessas drogas causa dependência

física e dependência psíquica, desenvolvendo o fenômeno da tolerância e a síndrome de abstinência. O uso indiscriminado desses medicamentos é a realidade na nossa sociedade e é motivo de preocupação das autoridades de saúde. O uso prolongado dessas drogas, além de efeitos colaterais indesejáveis, provoca dependência, levando a dificuldades quando se deseja a interrupção do tratamento. Outro risco presente nas drogas psicotrópicas está no ato de combinar ou misturar. As substâncias psicotrópicas podem “acelerar, diminuir ou perturbar” a atividade cerebral. O álcool é um bom exemplo de uma droga psicotrópica lícita, pois é liberada para comercialização e seus efeitos afetam o cérebro, reduzindo a atividade mental.²⁷

Os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos com inegável eficácia e margem de segurança razoável o que justifica sua popularidade junto as pessoas leigas e aos médicos, embora os hipnosedativos como Zolpidem ®, Zaleplon ® vem sendo cada vez mais documentados para o tratamento da insônia com vantagem sobre o uso de benzodiazepínicos^{14,17}.

Segundo estudo realizado por Orlandi P, Noto AR vários pacientes relataram não terem sido alertados sobre o tempo total de tratamento, além disso três paciente reclamaram de não terem recebido a devida orientação quanto aos riscos do uso de benzodiazepínicos, ainda neste estudo os próprios médicos também percebem falha na orientação quanto ao uso de benzodiazepínicos e que durante a graduação em medicina existe uma falha no que diz respeito a devida prescrição e orientação dos benzodiazepínicos.¹⁸

O estudo também demonstra que muitas vezes a indicação inicial é feita por amigos, vizinhos e familiares. No que diz respeito ao sexo, os usuários do sexo feminino tem um discreto predomínio existe um discreto predomínio 57% de mulheres e 43% homens.¹⁸

Estudos comprovam que a idade avançada e o uso de benzodiazepínicos em doses terapêuticas diárias por mais de seis meses, constituem fatores de risco para o aumento da toxicidade, déficit cognitivo, desenvolvimento de dependência e ainda aumento de taxas de acidentes, quedas e fraturas entre idosos.³⁶

Alguns quadros de depressão requerem o uso de ansiolíticos ou antidepressivos, com a intenção de melhorar a qualidade de vida do paciente, Porém, o uso indiscriminado destas drogas, o que se verifica no cotidiano, podem somente cobrir as questões existenciais²

6-CONCLUSÃO

Diante dos trabalhos consultados na literatura, foi possível concluir que o uso abusivo e indevido de psicotrópicos no Brasil é um importante problema de saúde pública uma vez que gera efeitos colaterais significativos. É de fundamental importância o papel do profissional da área da saúde no correto diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com alterações no sistema nervoso central.

REFERÊNCIAS

- 1 Barbara DiCicco-Bloom, Benjamin F Crabtree - Article first published online: 28 MAR 2006 DOI: 10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x
- 2 Lima, Gilberto Baumann de. IMPLICAÇÕES ÉTICO-LEGAIS NO EXERCÍCIOS DA ENFERMAGEM. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos, 1999.
- 3 Gikovate, Flávio. Drogas: a melhor experiência e não usá-la. Colaboração de Márcio Vassallo. 3 ed. Reform.- São Paulo: Moderna, 2009.
- 4 Goodman & Gilman - As Bases Farmacológicas da Terapêutica- tradução da 10ª Ed. Original - Rio de Janeiro; McGraw-Hill,2003.
- 5 Amsterdam J, Garcia-Espana F, Fawcett J, Quitkin F, Reimherr F, Rosenbaum J, Beasley C. Fluoxetine efficacy in menopausal women with and without estrogen replacement. J Affect Disord; 55(1):11-7, 1999.
- 6 Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas CEBRID e SENAD (2001), disponível em <http://www.cebrid.epm.br/index.php> acesso em 20/10/2013
- 7 Ballone, GJ. Estresse - Introdução - in. PsiquWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2008. Acesso em 22/10/2013
- 8 Ballone GJ, Ortolani IV - *Ansiolíticos & Tranqüilizantes* - in. PsiquWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2008. Acesso em 22/10/2013
- 9 Rang, Humphrey ; Dale, Maureem ; Ritter, James.; Farmacologia; Rio de Janeiro; Elsevier; 2004.
- 10 Lopes LMB, GrigolettoARL. Uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais de saúde.2011;3-4.
- 11 Orlandi, P.: NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes chaves no município de São Paulo. Revista latino americana de enfermagem. Ribeirão Preto, v. 13, n. especial, p 896-902, out. 2005. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em out 2013.
- 12 Biaseto, T. Liberdade da Ansiedade. Disponível em: <http://yogajournal.terra.com.br> Acesso em out 2013.

13 Ballone GJ - Tratamento da Ansiedade -in. PsiquWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br>, revisto em 2007. Acesso em out 2013

14 Ballone GJ, Ortolani IV - *Psicofarmacologia para Não Psiquiatras, Ansiolíticos*, in. PsiquWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br> 2005. Acesso em out 2013

15 Ortolani IV - Ansiolíticos & Tranqüilizantes - in. PsiquWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2008. Acesso em out 2013.

16 Senso NM, Gouveia ES. Sertralina no tratamento de depressão maior em idosos. Enfoque nas comorbidades diabetes mellitus e cardiopatias. Moreira JR Editora.2012;69: 7-13

17 Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ. Clinical handbook of psychotropic drugs. 9th ed. Seattle: Hogrefe & Huber; 1999.

18 Carvalho, Lúcia de Fátima; DIMENSTEIN, Magda.; O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. ; Estudos de Psicologia; 9 ; 121-129; 2004.

19 Senço Natasha M. de; Gouveia Eduardo Sauerbronn. Disponível em http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5178 acesso em out 2013.

20 HORTA, Ana Lúcia de Moraes; FERREIRA, Denise Cristina de Oliveira and ZHAO, Li Men. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. Rev. bras. enferm. [online]. 2010, vol.63, n.4, pp. 523-528. ISSN 0034-7167. Acessado em nov 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/04.pdf>

21 Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Br J Psychiatry 1997;171:524-9.

22 Andrade LHSG de, Lolio CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. Rev Psiquiatr Clín 1999;26:257-61.

23 Valentini, Willians; Levav, Itzhak; Kohn, Robert; Miranda, Claudio T; Mello, Andrea de Abreu Feijó de; Mello, Marcelo Feijó de; Ramos, Cássia P. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão Rev. Saúde Pública vol.38 no.4 São Paulo Aug. 2004. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000400007>. Acesso em out 2013

24 Del Porto, José Alberto. Conceito e diagnóstico. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 1999, vol.21, suppl.1 [cited 2011-03-09], pp. 06-11 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em out de 2013.

25 Teng, Chei Tung; Humes, Eduardo de Castro; Demetrio, Frederico Navas. Depressão e comorbidades clínicas. Rev. psiquiatr. clín. vol.32 no.3 São Paulo May/June 2005. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000300007> . Acesso em out 2013.

26 Carlini, Elisaldo A. Et Al. Fluoxetina: indícios de uso inadequado em J. bras. psiquiatr. vol.58 no.2 Rio de Janeiro 2009 Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852009000200005>. Acesso em out 2013.

27 Ballone GJ - Transtorno Afetivo Bipolar, in. PsiqWeb, internet, disponível em www.psiqweb.med.br, 2005. Acesso em out 2013

28 Lenita Wannmacher, formulário terapêutico nacional 2008, Brasília- DF- Editora MS- 2008, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2008.pdf, acesso em 18/10/2013

29 Fúlvio Augusto Resquin, Mitos e verdades sobre uso de Psicotrópicos-piesc IV- 20 de outubro de 2012.

30 Barros AM, Tavares RR, Partata AK. A importância do farmacêutico no controle e dispensação de benzodiazepínicos. 2009;2:13(6)

31 Saude 113-Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária Belo Horizonte – 12 a 15 de setembro de 2004- disponível em www.ufmg.br/congrent/Saude/WORD/Saude34a.doc acessado em 18/10/2013

32 Zózimo JJR. A prescrição de antidepressivos e calmantes um estudo de caso sobre ideologias terapêuticas na prática clínica de médicos de família e psiquiatras . 2011;13(4)

33 Andrade MF, Andrade GCG, Santos V. Prescrição de psicotrópicos; avaliação das informações contidas em receitas e notificações. Rev. Bras. Cienc. Farm. Braz. J. Pharm. 2004; vol. 40, n. 4, out/dez: 472-9

34 Freire EF, Miranda JL, Maia PP, Vieira EP, Borges KB, Siqueira MEPB; Diazepam e nordiazepam em plasma: métodos de extração líquido-líquido e em fase sólida no pré-tratamento de amostras para análise cromatográfica em fase líquida. Quim. Nova, 2005;Vol. 28, No. 5:773-6

35 Sena JG, Gonçalves MT, Fraga MCA, Neto PJR. Antidepressivos e ansiolíticos utilizados na terapêutica de problemas relacionados à saúde mental: Sugerindo terapias alternativas para fatores cognitivos e emocionais. 2006;18:3-5

36 Cruz AV, Fulone I, Fernandes AA, Montebelo MI, Lopes LC. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, 2006;27(3):260-61.

37 Araujo LLV, Oliveira EM, Araujo GG, Gomes FRAF, Gomes BV, Rodrigues AB. Distribuição de antidepressivos e benzodiazepínicos na estratégia de saúde da família de Sobral-CE. 2010;11:45-6.

apenas para fins de estudo e pesquisa, sendo expressamente vedado qualquer tipo de reprodução para fins comerciais sem prévia autorização específica do autor. Autorizo também a divulgação do arquivo no formato PDF no banco de monografias da Biblioteca institucional.
Camila Ribeiro Camargo e Tiago Magno de Oliveira
Pindamonhangaba, dezembro e 2013.