

PSICOTRÓPICOS: PERFIL DE PRESCRIÇÕES DE BENZODIAZEPÍNICOS, ANTIDEPRESSIVOS E ANOREXÍGENOS A PARTIR DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Antônio Edson Camelo Magalhães*, Caroline Matias Nascimento Dinelly,
Maria Auxiliadora Silva Oliveira

Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA, Sobral/CE

*E-mail: ecobio@zipmail.com.br

Submetido em: 24/04/2015

Aceito em: 01/07/2016

Publicado em: 30/09/2016

Resumo

Objetivou-se traçar um perfil das prescrições de medicamentos psicotrópicos (anorexígenos, antidepressivos e benzodiazepínicos) a partir de uma revisão sistemática. Para isso foi realizado uma pesquisa de natureza bibliográfica, descritiva, retrospectiva utilizando como base de dados bibliotecas virtuais da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Scientific Library on-line (SciELO), Google e também documentos, artigos e dados publicados pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Os resultados encontrados foram: os anorexígenos mais prescritos em 90,90% e 100% dos artigos analisados são a anfepramona e o femproporex, respectivamente. Com relação ao gênero dos usuários de anorexígenos, as mulheres foram mais citadas. Entre os benzodiazepínicos, o diazepam liderou nas prescrições. Em relação aos antidepressivos foi constatado um maior consumo da fluoxetina, seguido pelos antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina. Diante dos dados fica clara a importância do farmacêutico ao orientar e colocar o paciente a par de todos os possíveis riscos diante da administração do medicamento.

Palavras-chave: Prescrições, Anorexígenos, Benzodiazepínicos, Antidepressivos.

Psychotropic: profile requirements of benzodiazepines, antidepressants and anorexic from a systematic review

Abstract

This article aimed to draw a profile of prescriptions of psychotropic drugs (anorexic, antidepressants and benzodiazepines) from revision. For this it was conducted a survey of bibliographic nature, descriptive, retrospective using as data basis virtual libraries from Latin American literature and from Caribbean in Health Sciences LILACS BIREME, Scientific Library on Line (SciELO), Google, in addition to documents, article and data published by the Ministry of Health and ANVISA. The results showed that the most prescribed appetite suppressants were amfepramone and femproporex with 90.90% and 100% of the articles analyzed, respectively. Regarding the gender of users of anorectic women were most cited. Among the benzodiazepines diazepam led in prescriptions. Compared to antidepressants was found higher consumption of fluoxetine, followed by tricyclic antidepressants such as amitriptyline. Regarding the data it is clear the importance of the pharmacist to guide and place the patient aware of all possible risks in relation to drug administration.

Keywords: Prescriptions, Anorectic, Benzodiazepines, Antidepressant.

Psicotrópicos: perfil de prescrições de benzodiazepínicos, antidepressivos y anorexígenos a partir de una revisión sistemática

Resumen

Se objetivó trazar un perfil de las prescripciones de medicamentos psicotrópicos (anorexígenos, antidepressivos y benzodiazepínicos) a partir de una revisión sistemática. Para esto fue realizada una investigación de carácter bibliográfico, descriptivo, retrospectivo utilizando como base de datos bibliotecas virtuales de la Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Scientific Library on-line (SciELO), Google y también documentos, artículos y datos publicados por el Ministerio de la Salud y por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA). Los resultados encontrados fueron: los anorexígenos más prescritos en 90,90% y el 100% de los artículos analizados son la anfepramona y el fenproporex, respectivamente. Con relación al género de los usuarios de anorexígenos, las mujeres fueron más citadas. Entre los benzodiazepínicos, el diazepam lideró en las prescripciones. En relación a los antidepressivos fue constatado un mayor consumo de la fluoxetina, seguido por los antidepressivos tricíclicos como la amitriptilina. Delante de los datos se hace evidente la importancia del farmacéutico al orientar y poner el paciente informado de todos los posibles riesgos frente a la administración del medicamento.

Palabras clave: Prescripciones, Anorexígenos, Benzodiazepínicos, Antidepressivos.

INTRODUÇÃO

O uso de fármacos psicoativos faz parte da natureza humana, visando modificar comportamento, humor e emoções. Este uso envolve dois caminhos: um para modificar o comportamento normal e produzir estados alterados de sentimentos com propósitos religiosos, cerimoniais ou recreacionais e o outro para alívio de enfermidades mentais⁽¹⁾.

Fármacos psicotrópicos podem ser definidos como aqueles que afetam o humor e o comportamento⁽²⁾, eles agem alterando a comunicação entre os neurônios podendo produzir diversos efeitos de acordo com o tipo de neurotransmissor envolvido e a forma como a droga atua. Dessa forma, de acordo com o tipo de ação, as drogas podem provocar euforia, ansiedade, sonolência, alucinações, delírios etc.⁽³⁾.

A ação de cada psicotrópico depende: da classe do fármaco, da via de administração, da quantidade, do tempo, da frequência de uso, da absorção e eliminação desta pelo organismo e também da associação com outros fármacos⁽⁴⁾.

De acordo com Arruda et al. (2012), o uso dessas substâncias nas enfermidades mentais torna-se uma escolha indispensável no que diz respeito ao tratamento das mesmas⁽²⁾. No entanto, a retirada brusca da droga de um indivíduo dependente pode levar ao aparecimento de uma gama de sinais e sintomas que constituem a síndrome de abstinência, sendo os mais frequentes a fraqueza, irritação tremores, insônia, cólicas, vômitos, hipertemia, hipotensão e convulsões violentas podendo ser confundidas com crises epiléticas⁽⁵⁾.

Em função do uso abusivo de determinados medicamentos no Brasil, foi editada e publicada a RDC nº 27 de 30 de março de 2007⁽⁶⁾, que instituiu o Sistema Nacional para Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC). O SNGPC tem como principais objetivos: monitorar a dispensação de medicamentos e substâncias entorpecentes e psicotrópicas e seus precursores; otimizar o processo de escrituração; permitir o monitoramento de hábitos de prescrição e consumo de substâncias controladas em determinada região, para propor políticas de controle; captar dados que permitam a geração de informação atualizada e fidedigna para o Serviço Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), para a tomada de decisão; dinamizar as ações da vigilância sanitária⁽⁷⁾.

PSICOTRÓPICOS ANOREXÍGENOS

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1997⁽⁸⁾, definiu a obesidade como uma doença. É caracterizada como uma doença de rápida disseminação pelo mundo e como um dos problemas mais negligenciados de saúde pública do planeta. A doença caracterizada como obesidade é diagnosticada quando o excesso de gordura presente nos tecidos adiposos atinge níveis que podem comprometer a saúde⁽⁹⁾.

A obesidade pode ser definida com base no índice de massa corporal (IMC), que é obtido pela divisão da massa corporal (quilogramas – Kg) pelo quadrado da estatura (metros ao quadrado – m²). São considerados obesos os pacientes com IMC igual ou superior a 30 Kg/m², na seguinte gradação: obesidade mórbida entre 40 kg/m² e 50 kg/m²; obesidade severa 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m² e obesidade muito severa acima de 50 Kg/m²⁽¹⁰⁾.

A obesidade está associada a um aumento na incidência de diabetes, hipertensão, dislipidemia, doença cardiovascular, cálculos biliares, doença respiratória, osteoartrite e algumas formas de câncer, não se tratando apenas de um problema estético. Considerada um risco à saúde, faz-se necessário um enfoque multidisciplinar no tratamento da obesidade⁽¹¹⁾.

Outra consequência importante relacionada à obesidade diz respeito ao custo financeiro elevado do seu tratamento. É estimado que o custo do tratamento da obesidade, nos países industrializados, seja de 2% a 8% do gasto total com a saúde. No Brasil, em 2003, segundo o primeiro levantamento sobre os custos da obesidade, aproximadamente um bilhão e 100 milhões de reais são gastos a cada ano com internações hospitalares, consultas médicas e remédios para o tratamento do excesso de peso e das doenças associadas. Apenas o Sistema Único de Saúde (SUS) destina 600 milhões de reais para as internações relativas à obesidade. Esse valor equivale a 12% do que o governo brasileiro despende anualmente com todas as outras doenças⁽¹²⁾.

Vários são os tipos de tratamentos que existem para redução do peso. Entre eles, podemos citar a reeducação alimentar, a atividade física, a cirurgia bariátrica e o uso de medicamentos⁽¹³⁾. O tratamento farmacológico da obesidade está indicado quando o paciente possui um IMC maior que 30 Kg/m²⁽⁸⁾ ou para pessoas com circunferência abdominal igual ou maior que 102 cm (homens) e 88 cm (mulheres)⁽¹⁴⁾.

Os fármacos utilizados no tratamento da obesidade estão em ampla discussão pelos profissionais da área de saúde. Muitos especialistas são contra o uso de certas drogas, bem como, alertam para o abuso que muitos indivíduos, ou mesmo profissionais não especialistas, cometem na utilização desses fármacos com intuito do emagrecimento rápido⁽¹⁵⁾.

Os psicotrópicos anorexígenos englobam uma categoria de substâncias predominantemente estimulantes do sistema nervoso central (SNC). Estão incluídos, segundo a classificação sugerida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1967, no grupo de substâncias designadas como estimulantes psicomotores⁽¹⁶⁾.

Os anorexígenos são fármacos que provocam anorexia, ou seja, redução ou perda de apetite. Seu emprego não é recomendado como tratamento primário para promover a perda de peso⁽¹⁷⁾. Entretanto, podem produzir outros efeitos sobre a função mental e o comportamento⁽¹⁶⁾.

Os anorexígenos estão entre os medicamentos mais vendidos no Brasil, mas o seu uso vem merecendo crítica. Desde 1988, observa-se um consumo elevado e crescente de anorexígenos no país, tendo sido estimado em dez doses diárias definidas (DDD) por mil habitantes por dia⁽¹⁸⁾.

Nos dias de hoje é possível perceber uma grande preocupação dos indivíduos com relação à estética e à imagem. Está ocorrendo uma valorização do corpo esbelto. Nesse contexto, os medicamentos constituem-se um símbolo, como algo a ser consumido com a finalidade de boa saúde, beleza, bem-estar físico, mental e comportamental⁽¹⁹⁾.

No Brasil são comercializados os anorexígenos Anfepramona 25, 50 e 75 mg, Femproporex 25 mg, Mazindol 1,0 e 1,5 mg, nas formas industrializadas sendo também encontrados no país as formas manipuladas. A Anfepramona é derivada anfetamínica e pode ser encontrada pelo nome de Dietilpropiona. O Femproporex também é um derivado anfetamínico de ação central que atua aumentando a produção de noradrenalina inibindo o centro da fome no hipotálamo. O Manzidol tem ação

central semelhante às anfetaminas, ele estimula o sistema nervoso central aumentando os batimentos cardíacos, aumentando a pressão sanguínea e reduz o apetite. A Sibutramina atua no bloqueando a recaptação de norepinefrina e de serotonina no sistema nervoso central, aumentando a sensação de saciedade⁽²⁰⁾.

PSICOTRÓPICOS ANTIDEPRESSIVOS

A depressão é, reconhecidamente, um problema de saúde pública. É um dos processos patológicos com maior frequência na atenção primária, com cerca de 10% de todas as novas consultas. Afeta a população em geral, é potencialmente letal, pois em casos graves existe o risco contínuo de suicídio. Muitas pessoas sofrem em silêncio, seja porque não consultam, seja porque os profissionais não diagnosticam, nem tratam adequadamente⁽²¹⁾.

Segundo Fonseca et al. (2008), até o ano de 2010 a depressão foi a segunda doença que mais afetou a população, perdendo apenas para as doenças isquêmicas cardíacas graves. Ainda segundo a OMS, essa síndrome, no ano de 2020, será a segunda moléstia que mais afetará os países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento⁽²²⁾.

Segundo Camon (2001), a depressão emerge como resultante de uma inibição global da pessoa que afeta a função da mente, altera a maneira como a pessoa vê o mundo, sente a realidade, entende as coisas e manifesta suas emoções. O desespero em relação à vida, à angústia, o desejo de um fim, a morte como presença, o medo como aliado da existência, o abandono da autoestima, o suicídio como proposta, expressam entre outros sinais a dor do deprimido⁽²³⁾.

As principais teorias relativas à base biológica da depressão situam-se nos estudos sobre neurotransmissores cerebrais e seus receptores, embora outras áreas também estejam sob investigação⁽²⁴⁾.

Para Coutinho e colaboradores (2003), a depressão enquanto manifestação de sintomas inter-relacionados a fatores psíquicos, orgânicos, hereditários, sociais, econômicos, religiosos, entre outros, vem se apresentando na sociedade pós-moderna com um índice bastante elevado, ocasionando um sofrimento que interfere significativamente na diminuição da qualidade de vida, na produtividade e incapacitação social do indivíduo, atingindo desde crianças a pessoas idosas, rompendo fronteiras de idade, classe socioeconômica, cultura, raça e espaço geográfico⁽²⁵⁾.

Segundo Porto (1999), no diagnóstico da depressão levam-se em conta: sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais. Nos sintomas psíquicos destacam-se o humor depressivo que é a sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa. O deprimido, com frequência, julga-se um peso para os familiares e amigos, muitas vezes invocando a morte para aliviar os que o assistem na doença, pode ocorrer redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis, fadiga ou sensação de perda de energia e diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões⁽²⁶⁾.

Vale lembrar que as manifestações do quadro clínico de depressão não são iguais em todos os indivíduos, variando de pessoa para pessoa, podendo ser intermitente ou contínua, tendo duração de horas ou de um dia inteiro, ou persistindo por semanas, meses e anos⁽²⁷⁾.

Para Souza (1999), o moderno tratamento da depressão apresenta uma gama de opções que permitirá uma flexibilidade ao psiquiatra clínico, no sentido de adequar para cada paciente a melhor abordagem terapêutica. O tratamento antidepressivo deve ser realizado considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do paciente⁽²⁸⁾.

A classificação dos antidepressivos em grupos conforme seu mecanismo de ação são⁽²⁹⁾:

- Classe dos tricíclicos: Amitriptilina, Nortriptilina, Clomipramina, Imipramina e Maprotilina.
- Inibidores Seletivos de Recaptção de Serotonina: Citalopram, Fluoxetina Fluvoxamine, Paroxetina e Sertralina.
- Antidepressivos atípicos: Bupropiona, Trazodona, Mefazodona.
- Inibidores da monoaminaoxidase (IMAO): Fenelzina, Selegilina, Pargilina.

PSICOTRÓPICOS BENZODIAZEPÍNICOS

A ansiedade, um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia ou quando não existe um objeto específico ao qual se direciona⁽³⁰⁾.

Segundo Castilho e colaboradores (2000), a ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo⁽³¹⁾.

O ansioso sente um medo, apreensão e tensão constante, além do normal. Muitas vezes existe uma razão concreta para a pessoa estar reagindo à vida com ansiedade, como por exemplo, quando há estresse provocado por algum acontecimento externo ou conflito interno, quando há alguma doença em curso, uma emergência de vida, etc. Mas, existem situações de ansiedade onde não se detecta nenhum motivo aparente⁽³²⁾.

A história dos medicamentos usados para tratar a insônia e a ansiedade remonta à antiguidade, com o uso de bebidas alcoólicas e ópio, e se mescla à história do abuso de medicamentos e de overdoses fatais. Após sua comercialização, no início dos anos 60, os benzodiazepínicos rapidamente deslocaram os barbitúricos e tornaram-se os mais utilizados entre os medicamentos com propriedades sedativas⁽³³⁾.

Os benzodiazepínicos (BZD) constituem um grupo de fármacos usualmente prescritos para os problemas de ansiedade generalizada e outros tipos de ansiedade, dado que exercem um efeito ansiolítico pela ligação específica aos receptores GABA A, potenciando a inibição sináptica produzida pelo GABA ao nível do SNC⁽³⁴⁾.

Segundo Foscarini (2010), os benzodiazepínicos são uma classe de medicamentos que possuem um potencial de causar dependência conhecido. A exposição crônica aos benzodiazepínicos provoca modificação na neurotransmissão gabaérgica, que contribui para o aparecimento de tolerância, dependência e abstinência⁽³⁵⁾.

A presente revisão teve por objetivo traçar o perfil das prescrições dos psicotrópicos do tipo benzodiazepínico, antidepressivo e anoréxico a partir de uma revisão de literatura.

MÉTODO

A pesquisa delimitada é de natureza bibliográfica, descritiva, retrospectiva, quantitativa. O presente estudo foi baseado em uma revisão de literatura sobre os psicotrópicos de forma geral, psicotrópicos específicos (anoréxicos, benzodiazepínicos e antidepressivos) englobando aspectos legais, tipos, efeitos adversos e resultados encontrados em pesquisas sobre o consumo de psicotrópicos.

Foram utilizados artigos científicos encontrados a partir de busca em bancos de dados virtuais tais como: da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Scientific Library on Line (SciELO), Google, e também documentos, artigos e dados publicados pelo Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A busca foi feita pelo título utilizando os seguintes descritores: psicotrópicos, prescrição de psicotrópicos, benzodiazepínicos, antidepressivos, anoréxicos, prescrição de benzodiazepínicos, prescrição de antidepressivos, prescrição de anoréxicos.

Na pesquisa foram incluídos os artigos que tratassem de prescrições de psicotrópicos. Não foi usado como critério de exclusão de um artigo a sua data de publicação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os resultados encontrados em artigos com prescrições de anorexígenos, benzodiazepínicos e antidepressivos.

Psicotrópicos anorexígenos prescritos

Para essa abordagem foram selecionados 11 artigos, no qual a Tabela 1 demonstra o percentual de prescrição dos anorexígenos (femproporex, mazindol, sibutramina e anfepramona) de acordo com dados coletados pelos pesquisadores abaixo, permitindo-se detectar qual a substância que mais obteve prescrições nas referidas cidades em que os estudos foram realizados.

Tabela 1 – Percentagem de psicotrópicos anorexígenos prescritos (sibutramina, femproporex, mazindol e anfepramona) – de acordo com artigos analisados (2008-2012) – em território nacional entre pacientes consumidores desses fármacos.

Autor(es) (ano)	Cidade de realização da pesquisa	Sib	Fem	Maz	Anf
Silva e Mella (2008) ⁽³⁶⁾	Maringá(PR)	26,26%	22,37%	3,95%	4,40%
Carneiro et al. (2008) ⁽³⁷⁾	Belo Horizonte (MG)	-	59,8%	5,6%	34,2%
Borges et al. (2008) ⁽³⁸⁾	Belém (PA)	-	14%	22%	64%
Feltrin et al. (2009) ⁽⁴⁰⁾	Santa Maria (RS)	-	53,09%	16,62%	30,29%
Noal et al. (2011) ⁽³⁹⁾	Santa Maria (RS)	-	16,4%	2%	81,6%
Rosa (2010) ⁽⁴¹⁾	-	30,1%	50,7%	-	19,2%
Monteiro et al. (2011) ⁽⁴²⁾	Santa Maria (RS)	78,7%	6%	4%	11,3%
Henning et al. (2011) ⁽¹¹⁾	Cascavel (PR)	0,30%	52,90%	0,2%	26,56%
Sousa et al. (2011) ⁽⁴³⁾	-	50%	-	-	41%
Colombo e Morais(2012) ⁽⁴⁴⁾	Mogi Guaçu (SP)	42%	31%	-	27%
Justino et al. (2012) ⁽⁴⁵⁾	Fortaleza (CE)	33,9%	29,8%	-	36,6%

Fem: femproporex; Ma: mazindol; Anf: anfepramona; Sib: sibutramina

Segundo os dados colhidos nas pesquisas, houve distinção com relação às substâncias mais prescritas, dependendo da cidade em que foi realizado o estudo, sendo que em algumas cidades não ocorreram prescrição de sibutramina (36,37%).

De acordo com Henning, Wiens e Sanches (2011), na cidade de Cascavel (PA), o mazindol e femproporex foram mais prescritos⁽¹¹⁾.

O mazindol e a sibutramina foram as substâncias que obtiveram os menores números de prescrições na maioria dos estudos realizados (63,63% para as duas substâncias), sendo que maior índice de prescrição encontrado foi de 22% para mazindol em Belém do Pará e 78,7% em Santa Maria (RS).

O aumento do consumo desses medicamentos está diretamente relacionado com a elevação dos índices de obesidade, bem como pela busca do padrão de beleza imposto pela sociedade. Sendo que os principais anorexígenos consumidos no Brasil são os derivados de β -feniletilamínicos, ou anfetamínicos, como: anfepramona (dietilpropiona), femproporex e sibutramina (antes de sua retirada do mercado). Além desses, há o mazindol e o rimonabato⁽⁴⁶⁾.

Os medicamentos para perda de peso não devem ser utilizados apenas para finalidade estética, devido aos seus efeitos colaterais, mas sim como um complemento dentro de um programa de redução de peso, que consiste em reeducação alimentar, prática de atividade física e aconselhamento nutricional⁽⁴⁷⁾.

Segundo Faria et al. (2002), o uso da sibutramina não apresenta riscos adicionais. Os efeitos colaterais mais frequentes associados ao uso da sibutramina nessa população foram boca seca e artralgia, não sendo encontrada maior frequência de insônia ou irritabilidade, como sugerem outros estudos⁽⁴⁸⁾.

Psicotrópicos anorexígenos prescritos segundo o sexo

Para essa abordagem foram selecionados sete artigos em que a Tabela 2 faz uma amostragem sobre o padrão de consumo de medicamento anorexígeno relacionado ao gênero do usuário, ou seja, avalia qual foi o gênero predominante no consumo de anorexígenos.

Tabela 2 – Percentagem de consumo de psicotrópicos anorexígenos entre consumidores do gênero masculino e feminino, de acordo com artigos analisados (2008-2012) em território nacional entre pacientes consumidores desses fármacos.

Autor(es) (ano)	Cidade de realização da pesquisa	Masc	Femi
Carneiro, Guerra Júnior e Acúrcio (2008) ⁽⁴⁹⁾	Belo Horizonte (MG)	12%	88%
Borges et al. (2008) ⁽³⁸⁾	Belém (PA)	14%	86%
Noal et al.(2009) ⁽³⁹⁾	Santa Maria (RS)	20%	80%
Feltrin et al. (2009) ⁽⁴⁰⁾	Santa Maria (RS)	6,65%	93,35%
Rosa (2010) ⁽⁴¹⁾	Brasília (DF)	28,8%	71,2%
Monteiro et al. (2011) ⁽⁴²⁾	Santa Maria (RS)	11,9%	88,1%
Justino et al. (2012) ⁽⁴⁵⁾	Fortaleza (CE)	25,5%	74,5%

Masc: Masculino; Femi: Feminino

De acordo com a tabela acima, pode-se observar que dos pacientes que fizeram consumo de anorexígenos, o sexo feminino foi maioria em todos os estudos citados.

Segundo Feltrin et al.(2009), Santa Maria (RS) foi a cidade que atingiu o maior índice de consumo por parte do sexo feminino no total de 93,35% das prescrições analisadas, esse estudo utilizou somente dados de prescrições em farmácias comerciais da cidade⁽⁴⁰⁾.

De acordo com a tabela pode-se observar que em Brasília (DF) houve um maior percentual de uso por homens, comparados com os resultados sobre usuários masculinos dos demais estudos.

Esse perfil reflete a realidade social em que as mulheres procuram mais ajuda médica do que os homens, preocupando-se mais com a saúde, bem-estar e também com a aparência. Uma vez que, o sinônimo de beleza feminina muitas vezes está relacionado ao baixo peso, cintura fina, estereótipo de *top models* conhecidas mundialmente⁽⁴⁰⁾.

Indivíduos que se sentem obesos, principalmente as mulheres, buscam por métodos milagrosos para perder peso, estando entre eles os anorexígenos. Os grandes problemas do uso desses, além dos vários efeitos secundários, são a tolerância e a dependência que se instalam⁽³⁶⁾.

Diante desses dados fica ainda mais evidente a necessidade da Atenção Farmacêutica no acompanhamento farmacoterapêutico. Os cuidados farmacêuticos são necessários para promover a saúde, prevenir doenças, avaliar, monitorar, iniciar e modificar o uso de medicamentos para garantir que a terapêutica farmacológica seja segura e efetiva⁽⁵⁰⁾.

Psicotrópicos antidepressivos prescritos

Para essa abordagem foram incluídos cinco artigos, que segundo a Tabela 3 mostra os psicotrópicos antidepressivos mais prescritos em estudos em cidades distintas, onde se pode observar as classes de antidepressivos que obtiveram maior número de prescrições.

Tabela 3 – Percentagem de antidepressivos mais prescritos, de acordo com os artigos analisados (2004-2013) em território nacional entre pacientes consumidores desses fármacos.

Autor(es) (Ano)	Cidade de realização da pesquisa	Antidepressivo mais prescrito
Sebastião e Pelá (2004) ⁽⁵¹⁾	Ribeirão Preto (SP)	a amitriptilina, onde 19 em cada 10.000 hab.
Maggione et al. (2008) ⁽²⁹⁾	Santa Catarina	70% eram ADTs
Netto, Freitas e Pereira (2013) ⁽⁵²⁾	Ribeirão Preto, (SP)	94,9%(fluoxetina)
Cassimiro et al. (2012) ⁽⁵³⁾	Belo Horizonte (MG)	33% (fluoxetina)
Telles Filho e Pereira Junior (2013) ⁽⁵⁴⁾	Diamantina (MG)	63% (fluoxetina)

De acordo com os dados colhidos pelos autores, pode-se observar que o maior padrão de consumo nas distintas cidades, esteve dividido entre a fluoxetina, inibidor seletivos de recaptção de serotonina e os antidepressivos tricíclicos, principalmente a amitriptilina.

A fluoxetina por ser um inibidor seletivo da recaptção de serotonina, é geralmente bem tolerada e isenta de risco em cardiopatas, isso pode justificar o maior número de prescrições.

Os antidepressivos, especialmente os tricíclicos, têm sido considerados como adjuvantes analgésicos de propósito múltiplo e de uso em dores neuropáticas, cuja importância tem sido reconhecida há décadas e cujos dados de eficácia vêm sendo avaliados e confirmados⁽⁵¹⁾.

Segundo Cassimiro e colaboradores (2012), Belo Horizonte (MG) foi a cidade que obteve o menor número de prescrição de antidepressivos, atingindo apenas 33% com a fluoxetina⁽⁵³⁾. E, segundo Netto, Freitas e Pereira (2012), Ribeirão Preto(SP) foi a cidade que apresentou o maior consumo de antidepressivos (94,4%), esses resultados podem estar relacionados com cotidiano dos habitantes. Ribeirão Preto (SP) é uma cidade mais agitada, onde os habitantes tendem a sofrer mais com stress, sobrecarga psicológica diferente de Belo Horizonte (MG), onde se leva uma vida mais tranquila⁽⁵²⁾.

Pode ser observado também que de acordo com Sebastião e Pelá (2004) e Netto, Freitas e Pereira (2012), nos estudos realizados em Ribeirão Preto, percebe-se que houve uma mudança no tipo de antidepressivos mais consumidos, sendo que em 2001, os ADTs eram mais prescritos e em 2012 a fluoxetina passou a ser mais consumida^(51, 52).

Psicotrópicos benzodiazepínicos prescritos

A seguir dados coletados em pesquisas sobre benzodiazepínicos mais prescritos por receita do tipo B1 (Portaria 344/98), em cidades distintas, onde pode ser verificada qual substância benzodiazepínica obteve maior número de prescrições. Para essa abordagem foram selecionados cinco artigos.

Tabela 4 - Percentagem de benzodiazepínicos (Bzp) mais prescritos - de acordo com os artigos analisados (2000-2013) - em território nacional entre pacientes consumidores desses fármacos.

Autor(es) (ano)	Cidade de realização da pesquisa	Benzodiazepínico
Huf, Lopes e Rozenfeld (2000) ⁽⁵⁵⁾	Rio de Janeiro	56,1% bromazepam
Mendonça e Carvalho (2005) ⁽⁵⁶⁾	São Paulo (SP)	77,7 % diazepam
Nordon et al. (2008) ⁽⁵⁷⁾	Sorocaba (SP)	76,08 % diazepam
Firmino et al. (2011) ⁽⁵⁸⁾	Coronel Fabriciano (MG)	59,7 % diazepam
Marchi et al. (2013) ⁽⁵⁹⁾	Ribeirão Preto (SP)	37,5 % diazepam

Pode-se verificar que dentre os benzodiazepínicos, a substância que mais obteve prescrição foi o diazepam, sendo prescrito em mais de 50% dos receituários conforme afirmam os autores, seguido pelo bromazepam que foi constatado um consumo maior na cidade do Rio de Janeiro, segundo Huf, Lopes e Rozenfeld (2000)⁽⁵⁵⁾.

Comparando o uso do diazepam entre as cidades: São Paulo, Sorocaba, Coronel Fabriciano e Ribeirão Preto, pode-se constatar que houve um maior consumo do diazepam em Sorocaba (77,7%) e menor consumo em Ribeirão Preto (37,5%).

Os benzodiazepínicos estão entre medicamentos mais prescritos no mundo. São utilizados principalmente como ansiolíticos e hipnóticos, além de possuir ação miorelaxante e anticonvulsivante. Estima-se que o consumo de benzodiazepínicos dobre a cada cinco anos⁽⁶⁰⁾.

CONCLUSÃO

Diante dos dados apresentados, é clara a importância da Atenção Farmacêutica ao orientar e colocar o paciente a par de todos os possíveis riscos diante da administração do medicamento. Assim, o Farmacêutico contribui para o uso racional dos medicamentos, trabalha em prol da promoção da saúde e da vida e o paciente terá consciência dos riscos - benefícios da terapêutica que ele fará uso.

A atuação do Farmacêutico no acompanhamento do uso correto do medicamento é um fator crucial para o tratamento eficaz e seguro, seja com relação ao paciente ou com o profissional prescritor, fazendo questionamentos sobre a real necessidade daquele tratamento, além de garantir o cumprimento da legislação sanitária.

De acordo com os resultados e em relação aos possíveis danos que o uso abusivo desses fármacos pode trazer aos seus usuários, torna-se imprescindível a participação do Farmacêutico, tanto no diálogo com o prescritor, como na atenção ao paciente, a fim de detectar, por exemplo, possíveis erros de prescrição e dispensação; e se existe realmente a necessidade daquele tratamento, por quanto tempo deverá ser realizado e também se o paciente foi informado dos possíveis efeitos colaterais que podem ocasionar tais fármacos.

REFERÊNCIAS

1. Andrade MF et al. Prescrições de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. Rev. Bras. Ciênc. Farm. 2004; 40 (4): 471-479.
2. Arruda EL et al. Avaliação das Informações Contidas em Receitas e Notificações de Receitas Atendidas na Farmácia do CAPS II Araguaína-TO. Revista Científica do ITPAC. 2012; 5 (2): 301-313.

3. Carlini EA et al. Drogas psicotrópicas o que são e como agem. São Paulo. Revista IMESC. 2001; 3: 9-35.
4. Flanagan R.J, Ives RJ. "Abuso de substâncias volateis" Boletim de narcóticos, XLVI. 1994. 2:50 – 78.
5. Lowe N et al. Joint analysis of DRD5 marker concludes association with ADHD confined to the predominately inattentive and combined subtypes. Am J Hum Genet. 2003;74: 348-356.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 27, de 30 de março de 2007. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC, estabelece a implantação do módulo para drogarias e farmácias e dá outras providências. Diário Oficial da União 2007; 30 mar.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC. 2010. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/apresenta.htm>.
8. World Health Organization – Consultation on obesity. Obesity – preventive and managing the global epidemic. I title. II series. 1999. Geneve.
9. Organização Pan Americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2000.
10. Martindale KP. The complete drug reference, 33rd. Ed. London: Pharmaceutical Press, 2002
11. Henning K, Weins A, Sanches ACC. Estudo das prescrições de anorexígenos dispensados em uma Farmácia com manipulação de Cascavel-PR. Visão Acadêmica – Curitiba. 2011; 12 (2): 29-40.
12. Enes CC, Slater B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. Rev Bras Epidemiol. 2010; 13 (1): 163-71.
13. Guedes L. Medicamentos anorexígenos: aspectos relevantes de utilização dentro do contexto regulatório brasileiro (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2001
14. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo – CRF-SP. Parecer Técnico sobre o Uso de Anorexígenos. São Paulo, 2011.
15. Coutinho WF, Cabral MD. A farmacoterapia da obesidade nos consensos. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. 2000. 44 (1).
16. Cazes LEB. Perfil e prevalência de consumo de psicotrópicos anorexígenos no município de Nova Friburgo/Rio de Janeiro. Dissertação. Programa de Pós Graduação em Vigilância Sanitária, Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 2009.
17. Coutinho WF, Cabral MD. A farmacoterapia da obesidade nos consensos. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. 2000. 44 (1).
18. Martins A, Sgranço G, Martins OVB. Fitoterápicos associados às formulações magistrais moduladoras do apetite. Revista Pharmacia Brasileira. Brasília. 2009; 72: 68-72.
19. Melo CM, Oliveira D.R. O uso de inibidores de apetite por mulheres: um olhar a partir da perspectiva de gênero. Ciência e Saúde Coletiva. 2011; 16 (5): 2523- 2532.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Relatório Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados. (SNGPC). 2009. Disponível na: http://anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/relatorio_2009.pdf>. Acesso em 23 de maio 2014.
21. Silva MCF, Furegato ARF, Costa Junior ML. Depressão: pontos de vista e reconhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. Rev Latino-Ame. Enfermagem. 2003; 11 (1):7-13.

22. Fonseca AA, Coutinho MPL, Azevedo RLW. Representações Sociais da Depressão em Jovens Universitários Com e Sem Sintomas para Desenvolver a Depressão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2008; 21 (3):492-498.
23. Moreno RA, Moreno DH, Soares MBM. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Rev Bras Psiquiatria*. 1999; 21: 24-40.
24. Bahls SC. Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Rev. Interação, Curitiba*. 1999; 3: 49-60.
25. Coutinho MPL et al. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Revista Psico-USF*. 2003; 8 (2): 183-192.
26. Porto LA et al. O papel dos canais iônicos nas epilepsias e considerações sobre as drogas antiepilépticas – uma breve revisão. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysical*. 2007; 13 (4): 169-175.
27. Miranda MV et al. Depressão infantil: aspectos gerais, diagnóstico e tratamento. *Cad. Pesq*. 2013; 20 (3): 101 - 111.
28. Souza FGM. Tratamento da depressão. *Rev Bras Psiquiatria*. 1999. 21: 18- 23.
29. Maggioni DC et al. Levantamento do consumo de antidepressivos em um município do oeste de Santa Catarina. *Iniciação Científica CESUMAR*. 2000;10 (01): 55-62.
30. Andrade LHS, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev. Psiq Clínica*. 1998; 25: 285-290.
31. Castilho ARGL et al. Transtorno de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria. Suplemento: Saúde mental na infância e adolescência*. 2000; 22: 20-23.
32. Ballone GJ. Tratamento da Ansiedade in: *PsiquWeb, Internet*, disponível em <http://www.psiqweb.med.br>, revisto em 2007. Acesso em 24 de junho 2014.
33. Huf G, Lopes CS, Rozenfeld S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16 (2): 351-362.
34. Lalonde CD, Lieshout RJ. Treating generalized anxiety disorder with Second generation antipsychotics: a systematic review and metaanalysis. *J Clin Psychopharmacology*. 2011; 31: 326 -333.
35. Foscarini TP. Benzodiazepínicos: uma revisão sobre o uso, abuso e dependência (Trabalho de Conclusão de Curso). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do sul. 2010.
36. Silva MC, Mella EAC. Avaliação do uso de anorexígenos por acadêmicas de uma instituição de ensino superior em Maringá, PR. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama*. 2008; 12 (1): 43-50.
37. Carneiro M de FG, Guerra Júnior AFG, Acúrcio F de A. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (8): 1763-1772.
38. Borges GPM et al. Análise dos receituários de medicamentos psicotrópicos anorexígenos em uma rede privada de farmácia de Belém-Pará. *Infarma*. 2008; 20 (9/10): 26-30.
39. Noal CB et. Avaliação de prescrições de medicamentos anorexígenos em estabelecimento farmacêutico de Santa Maria no ano de 2009. *XV Simpósio de Ensino, pesquisa e extensão*. 2011.
40. Feltrin AC. et al. medicamentos anorexígenos panorama da dispensação em farmácias comerciais de Santa Maria(RS). *Saúde*. 2009; 35 (1): p 46-51.
41. Rosa SP. Análise de prescrições de medicamentos anorexígenos sujeitos a notificação B2 em farmácia em Brasília: associações medicamentosas e conformidade com a legislação (Monografia). Brasília: Faculdade Integrada da União Educacional do Planalto Central. 2010

42. Monteiro DR et al. Análise de receituários anorexígenos em uma farmácia do centro de Santa Maria no ano de 2010. SEPE – XV Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão. 2011.
43. Soares VCG et al. Autoimagem corporal associado ao uso da sibutramina. I Health Sci. Inst. 2011; 29 (1): 45 – 51.
44. Colombo HC, Morais DCM de. Avaliação da prescrição de psicotrópicos e sacietógenos para controle de peso em uma farmácia magistral de Mogi Guaçu, São Paulo, Brasil. Foco. 2012; 3: 35-47.
45. Justino PFC et al. Prescrição e dispensação de fármacos anorexígenos.61ª Reunião Anual da SBPC. Anais. 2012.
46. Cavalcante ACA et al. Efeitos adversos desencadeados pelo uso de medicamentos anorexígenos. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, ano 18, n.185, 2013. disponível em:<http://www.efdeportes.com/efd185/efeitos-adversos-de-medicamentos-anorexigenos.htm> acesso em: 20 de abril de 2014.
47. Soares VCG et al. Autoimagem corporal associado ao uso da sibutramina. I health Sci. Inst. 2011; 29 (1): 45 – 51.
48. Faria NA et al. Efeitos da sibutramina no tratamento da obesidade em pacientes com hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 2002; 78 (2):172-175.
49. Carneiro M de FG, Guerra Júnior AFG, Acúrcio F de A. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24 (8):1763-1772.
50. Barbosa FCAA, Rocha MFA, Cunha VF. Estudo para implantação da Atenção Farmacêutica a saúde de pacientes usuários de psicotrópicos. Infarma. 2012; 24 (1-3): 110-118.
51. Sebastião ECO, Pelá IR. Consumo de medicamentos psicotrópicos: análises de receitas médicas ambulatorias como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos. Seguimento Farmacoterapêutico. 2004; 2 (4): 250-266.
52. NettoMUQ, Freitas OF, Pereira LRL. Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2013; 33 (1):77-81.
53. Cassimiro EE. Frequência do uso de psicofármacos entre jovens estudantes que cursam pré-vestibular. Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro. 2012; 9 (4): 27-36.
54. Telles Filho PS, Pereira Junior AC. Antidepressivos: consumo, orientação e conhecimento entre acadêmicos de enfermagem. Rev. Enferm. Centro Oeste. 2013; 3 (3):829-836.
55. Huf G, Lopes CS, Rozenfeld S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. Cad. Saúde Pública. 2000; 16 (2):351-362.
56. Mendonça RT, Carvalho ACD. Consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. SMAD. 2005;1 (2):1-13.
57. Nordon DG et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. Rev Psiquiatria, RS. 2009; 31 (3):152-158.
58. Firmino KF et al. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011; 27 (6):1223-1232.
59. Marchi KC et al. Antidepressivos: uso, adesão e conhecimento entre estudantes de medicina. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 19 (6).
60. Auchewski L et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. Rev. Bras. Psiquiatr. 2004; 26 (1): 24-31.