

# MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS: USO, PRESCRIÇÃO E CONTROLE

## PSYCHOTROPICS DRUGS: HOW TO USE, PRESCRIPTION AND CONTROL

FERNANDA ROCHA COUTO LAUREANO<sup>1</sup>, VALDIVINA ETERNA FALONE<sup>2</sup>,  
WALDEMAR NAVES DO AMARAL FILHO<sup>3</sup>, WALDEMAR NAVES DO AMARAL<sup>4</sup>

**Palavras-chave:** Benzodiazepínicos. Psicotrópicos. Drogas de abuso. Controle de medicamentos.

**Keywords:** Benzodiazepines. Psychotropic drugs. Drugs abuse. Drug control.

### RESUMO

*Este artigo contém algumas reflexões sobre o uso de medicamentos psicotrópicos no Brasil e no mundo e como esse uso pode vir a afetar diferentes populações.*

*Objetivo: Fazer uma revisão da literatura sobre o uso de medicamentos psicotrópicos, analisar a ação e possíveis efeitos do uso de psicotrópicos, bem como descrever o controle dos mesmos pelas autoridades brasileiras. Considerações finais: Paralelamente às atribuições inerentes à vida cotidiana de qualquer indivíduo, somam-se as situações profissionais recorrentes de estresse. Finalmente, são feitas algumas considerações sobre a necessidade de se discutir uma educação estratégica em saúde a fim de prevenir o uso irracional desse tipo de medicação.*

### ABSTRACT

*This article contains some reflections on the use of psychotropic medications in Brazil and worldwide and on how it may affect different populations.*

*Objective: To review the literature on the use of psychotropic medications, to analyze drug purpose and the possible side effects by the use of psychotropics and describe Brazilian authorities drug control policies. Conclusions: Beyond common difficulties in a person's everyday life, there are repeated professional situations that can cause stress. Finally, some considerations are made about the need of discussing health strategy education as a way to prevent irrational use of such medications.*

### INTRODUÇÃO

Os tranquilizantes têm sido consumidos há milênios. O primeiro deles, e que continua a ser consumido, é o álcool. Cada vez mais, diversos outros calmantes são lançados no mercado para contentamento dos consumidores angustiados.

Uma estatística da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) mostrou um consumo anual de 500 milhões de diferentes psicotrópicos no Brasil. Desses, 70% eram ansiolíticos (geralmente benzodiazepínicos), ou seja, medicamentos para diminuir a ansiedade, apreensão, tensão ou medo. Muitas pessoas só dormem após tomarem seu sedativo preferido e, para suportar o dia desagradável que virá, ingerem mais outro calmante diurno.

Existem medicamentos que têm a propriedade de atuar quase que exclusivamente sobre a ansiedade e a tensão. Ini-

cialmente, essas drogas foram chamadas de tranquilizantes, por tranquilizarem a pessoa estressada, tensa e ansiosa. Atualmente, prefere-se designar tais tipos de medicamentos pelo nome de ansiolíticos, ou seja, que “destroem” a ansiedade. De fato, este é o principal efeito terapêutico destes medicamentos: diminuir ou abolir a ansiedade das pessoas, sem afetar em demasia as funções psíquicas e motoras.

As situações da vida moderna, os estudos, o trabalho e as atividades tendem a gerar ansiedade, o que pode advir também de situações conflitantes que ocasionem desgaste, talvez nunca experimentado anteriormente. Estas condições podem acarretar esgotamento físico e mental no indivíduo, facilitando o desencadeamento de processos patológicos. (FORSAN, 2010 apud ALBIERO et al. 2005).

1 - Farmacêutica e Bioquímica (UNIP-GO), Especialista em Farmácia Hospitalar com Ênfase em Oncologia (PUC-GO), Especialista em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica (PUC-GO) e mestranda em Ciências da Saúde (FM-UFG)

2 - Fisioterapeuta da Clínica Fértil

3 - Acadêmico de Medicina da Universidade Católica de Brasília

4 - Professor adjunto III do departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

## REVISÃO DA LITERATURA

### MEDICAMENTOS SOB CONTROLE ESPECIAL

O controle de substâncias entorpecentes tem sido uma preocupação mundial desde o início do século XX, quando ocorreu a primeira conferência internacional sobre o assunto em Xangai, em 1909. O Sistema de Controle Internacional vem se estabelecendo de forma gradual e contínua desde 1920, sob a responsabilidade da Liga das Nações e, a partir de 1946, pela Organização das Nações Unidas (SOUZA, 2001; ANVISA, 2011).

O Brasil é signatário da Convenção Única sobre Entorpecentes desde 1967, da Convenção de Substâncias Psicotrópicas desde 1971 e da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas desde 1988. Portanto, o país adota todas as medidas necessárias, com a ajuda de órgãos competentes, para o efetivo controle das atividades desenvolvidas internamente com substâncias entorpecentes, psicotrópicas e precursoras, bem como os medicamentos que as contenham.

As ações de controle e fiscalização do uso lícito no Brasil de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, incluindo os entorpecentes, psicotrópicos e precursores, historicamente, foram atribuídas exclusivamente ao Ministério da Saúde – Artigo 6º da Lei n.º 6.368, de 21 de outubro de 1976 – e, depois, por força da Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, desenvolvidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), visando, sobretudo, coibir seu uso abusivo e indevido, protegendo e promovendo a saúde e o bem-estar da população (Brasil, 1976, 1999).

### MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Segundo a OMS, desde 1981 os psicotrópicos são definidos como substâncias que agem no sistema nervoso central, as quais produzem alterações de comportamento, humor e cognição e possuem grande propriedade reforçadora, sendo, portanto, passíveis de autoadministração, o que caracteriza a ideia de drogas que levam à dependência.

Os “psicotrópicos” são medicamentos utilizados no combate à ansiedade, à depressão, à angústia, à insônia e à agitação, também denominados sedativos ou tranquilizantes. Já a denominação “entorpecente” designa os psicotrópicos que têm por função principal embotar ou insensibilizar – são principalmente os “opiáceos”, designados também “narcóticos” (OMS, 2010).

A ação de cada psicotrópico depende:

- do tipo da droga – estimulante, depressora ou perturbadora;
- da via de administração;
- da quantidade da droga;
- da absorção e eliminação da droga pelo organismo;
- do tempo e da frequência de uso;
- da qualidade da droga;
- da associação com outras drogas;

- do contexto social;
- das condições físicas e psicológicas do indivíduo.

As pessoas procuram encontrar nas drogas alívio, prazer ou um reforço positivo para as suas atividades, o que pode levar ao uso abusivo ou indevido de medicamentos psicotrópicos e, consequentemente, à farmacodependência. O uso contínuo destas drogas causa dependência física e psíquica, sendo que o indivíduo pode desenvolver tolerância a essas substâncias e passar pela síndrome de abstinência (OMS, 2010).

Segundo a OMS, a dependência seria um conjunto de fenômenos psicofisiológicos que se desenvolvem após o repetido consumo de uma substância psicoativa. Estaria geralmente associada a várias circunstâncias, como, por exemplo, ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente da droga apesar de suas consequências nefastas, a uma maior prioridade do uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e, finalmente, a um estado de abstinência quando de sua privação.

A tolerância é a necessidade de crescentes quantidades da substância para que se atinja o efeito desejado ou um efeito acentuadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade da substância. A característica essencial da abstinência de substâncias é o desenvolvimento de uma alteração comportamental mal adaptativa e específica à substância, com concomitantes fisiológicos e cognitivos, devido à cessação ou à redução do uso pesado e prolongado de uma substância (OMS, 2010).

A síndrome ligada a uma substância específica causa sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional e em outras áreas importantes. Os sinais e os sintomas de abstinência variam de acordo com a substância usada, sendo a maior parte deles o oposto daqueles observados na intoxicação com a mesma substância. A dose e a duração do uso, além de outros fatores, tais como a ausência ou a presença de doenças adicionais, também afetam os sintomas de abstinência (ASHP, 1996).

Uma portaria do Ministério da Saúde (Portaria SVS/MS n.º 344, de 1998) aprova o Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial, e as classifica nas seguintes listas de psicotrópicos:

- Lista A3: de substâncias psicotrópicas – sujeitas a notificação de receita A;
- Lista B1: de substâncias psicotrópicas – sujeitas a notificação de receita B;
- Lista B2: de substâncias psicotrópicas anorexígenas – sujeitas a notificação de receita B.

Os medicamentos das Listas B1 e B2 somente poderão ser dispensados nas farmácias e drogarias com retenção da receita que fica arquivada no estabelecimento por no mínimo dois anos. A figura 1 indica um modelo de notificação de receita B.

Os talões de Notificação de Receita (A, B ou Retinoides) utilizados para a prescrição de substâncias sujeitas ao controle da Portaria SVS/MS n.º 344/98 (entorpecentes/ psicotrópicos/ controle especial) ou medicamento que as contenham deverão ser guardados em um local fechado à chave ou outro dispositivo que ofereça segurança e o acesso aos talões de Notificações ou de Receitas deve ser restrito a pessoas de inteira confiança do profissional.



Figura 1. Notificação de Receita B. Fonte: Centro de Vigilância Sanitária

O profissional deve prescrever medicamentos ou uma fórmula em seu receituário comum, porém esta deverá vir acompanhada da:

- Notificação de Receita “A” (oficial) para substâncias entorpecentes e medicamentos que as contenham;
- Notificação de Receita “B” (de cor azul) para substâncias e medicamentos psicotrópicos;
- Notificação de Receita Especial de “Retinoides” (de cor branca) para medicamentos retinoides, de uso sistêmico. Neste caso também deverá acompanhar o Termo de Conhecimento de Risco e o Termo de Consentimento Pós-Infirmação, sendo que os dois termos têm a seguinte destinação: 1ª via - prontuário médico; 2ª via - farmácia ou drogaria; 3ª via - paciente.

A aquisição do talonário e da numeração o talão de Notificação de Receita “A” é gratuita para o profissional de Hospital, Clínica ou autônomo, pela Autoridade Sanitária Estadual ou Municipal. Toda farmácia ou drogaria só poderá aviar uma Receita ou Notificação de Receita quando todos os dados da prescrição estiverem devidamente preenchidos pelo profissional e no modelo estabelecido pela Portaria SVS/MS n.º 344/98\*.

Âmbito de abrangência e responsabilidade das Receitas:

- As Notificações de Receitas devem sempre estar acompanhadas de uma receita, que é o documento comprovante do paciente.
- As Notificações de Receita “A” poderão ser aviadas dentro do País (nacional);
- As Notificações de Receita “B” ou as de Retinoides de uso sistêmico só são válidas na unidade federativa que concedeu sua numeração.

Dados que devem ser impressos pela gráfica na Notificação de Receita “B”:

- Sigla da unidade federativa;
- Identificação numérica composta de oito dígitos (número sequencial fornecido pela Visa ao profissional que possui

um consultório médico ou uma clínica, bem como hospital ou instituição);

- Campo do emitente: estes dados devem ser impressos pela gráfica, constando nome e endereço completos do médico e sua inscrição no Conselho Regional. Quando o emitente for um hospital, clínica ou da instituição deverá fazer constar CNPJ, nome e endereço dos mesmos.

Dados a serem preenchidos pelo médico ou profissional:

- Nome e endereço completos do paciente – preenchidos pelo profissional;
- Nome da substância ou do medicamento, sob forma de DCB (genérico), quantidade, forma farmacêutica e apresentação;
- Data de emissão, isto é, data em que o profissional preencheu a notificação;
- Assinatura e carimbo quando o profissional estiver utilizando a Notificação do hospital ou clínicas. Fica dispensado a identificação da assinatura com o carimbo no caso de estar impresso o nome do profissional e n.º do CRM, CRMV ou CRO no campo emitente.

Tabela 1. Lista das substâncias psicotrópicas.

**Lista A3** – Notificação de Receita “A”

- Anfetamina
- Catina
- 2cb (4-bromo-2,5-dimetoxifeniletamina)
- Clobenzorex
- Clorfentermina
- Dexanfetamina
- Dronabinol
- Fenciclidina
- Fenetilina
- Femetrazina
- Levanfetamina
- Levometanfetamina
- Metanfetamina
- Metilfenidato
- Modafinila
- Tanfetamina

**Lista B1** – Notificação de Receita “B”

- Alobarbitol
- Alprazolam
- Amineptina
- Amobarbitol
- Aprobarbitol
- Barbexaclona
- Barbital
- Bromazepam
- Brotizolam
- Butalbitol
- Butabarbitol
- Camazepam
- Cetazolam
- Ciclobarbitol
- Clobazam
- Clonazepam

Clorazepam  
 Clorazepato  
 Clordiazepóxido  
 Cloreto de etila  
 Cloxazolam  
 Delorazepam  
 Diazepam  
 Estazolam  
 Etclorvinol  
 Etilanfetamina (n-etilanfetamina)  
 Etinamato  
 Fenobarbital  
 Fludiazepam  
 Flunitrazepam  
 Flurazepam  
 Ghb (ácido gama – hidroxibutírico)  
 Glutetimida  
 Halazepam  
 Haloxazolam  
 Lefetamina  
 Loflazepato de etila  
 Loprazolam  
 Lorazepam  
 Lormetazepam  
 Medazepam  
 Meprobamato  
 Mesocarbo  
 Metilfenobarbital (prominal)  
 Metiprilona  
 Midazolam  
 Nimetazepam  
 Nitrazepam  
 Norcanfano (fencanfamina)  
 Nordazepam  
 Oxazepam  
 Oxazolam  
 Pemolina  
 Pentazocina

---

### **Lista B2** - Notificação de Receita “B2”

---

Aminorex  
 Anfepamona  
 Femproporex  
 Fendimetrazina  
 Fentermina  
 Mazindol  
 Mefenorex

---

## CONCLUSÃO

Atualmente, o consumo de drogas lícitas e ilícitas tem aumentado no mundo todo, inclusive entre as pessoas que reconhecem o poder maléfico das mesmas para a saúde e que são responsáveis por coibir o consumo da população. O Brasil não está fora das estatísticas mundiais, pois o uso dessas substâncias aumenta a cada ano em todas as camadas sociais e tem trazido graves consequências tanto para os usuários como para a sociedade (GALDURÓZ et al., 2004; BRAY e HOURANI, 2007; MAIA et al., 2007; COSTA et al., 2010).

Sabe-se que o ser humano ao se ver em situações de estresse busca meios de escape diferenciados e, levando em conta que certos grupos populacionais tem, teoricamente, mais acesso a qualquer tipo de droga, alguns estudos têm sido idealizados para mapear as situações que mais contribuem para ‘justificar’ o acesso e consumo das drogas e verificar o impacto deste comportamento nos indivíduos e na sociedade (VERSTRAETE e PIERCE, 2001; NOTO et al., 2002; SILVA et al., 2003; NGOUNDO et al., 2005; BRAY e HOURANI, 2007; CARLINI et al., 2007).

De acordo com a Anvisa, os medicamentos benzodiazepínicos podem causar dependência e, por serem depressores do SNC, assim como o álcool, podem causar efeito sedativo. Como reações colaterais provenientes desse efeito podemos citar: problemas de atenção, redução do estado de alerta, sonolência e tonturas. No caso de um uso prolongado, o problema pode potencializar-se em função da tolerância que o organismo adquire e o risco de dependência.

Órgãos internacionais, como a OMS e o INCB (International Narcotics Control Board) alertam sobre o uso indiscriminado e o insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Quando falamos de ansiolíticos estamos falando, praticamente, dos Benzodiazepínicos. São as drogas mais usadas em todo o mundo e, talvez por isso, consideradas um problema de saúde pública nos países mais desenvolvidos.” (FORSAN, 2010).

Segundo a OMS, a educação em saúde possibilita auxiliar pessoas em grupos, ou individualmente, a observar seu estado de saúde e a conscientizar dos seus problemas de saúde pessoais, profissionais e sociais. Em vista disto, considera-se imperativo que a população adquira conhecimento e aprenda a melhor maneira de aplicá-lo, visando a preservar a saúde através de sua própria ação (FORSAN, 2010; apud ALBIERO et al., 2005).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: Avaliação das informações contidas em receitas e notificações. Rev. Bras. Cienc. Farm., v.40, n.4, p.471-479.
- ASHP. Statement on the pharmacist's responsibility for distribution and control of drug products. In: Practice Standards of ASHP 1996-97. Deffenbaugh JH, ed. Bethesda, MD: American Society of Health – System Pharmacists; 1996.
- BORGES, G.P.M.; BELO, T.; VIEIRA, J.R.S. Análise dos receituários de medicamentos psicotrópicos anorexígenos em uma rede privada de farmácia de Belém – Pará. Infarma, v.20, p.26-30, 2008.
- BRAY, R.M.; HOURANI, L.L. Substance use trends among active duty military personnel: findings from the United States Department of Defense Health Related Behavior Surveys, 1980-2005. Addiction. 2007 Jul; 102(7): 1092-101.
- CARLINI, E.A. et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.
- CARNEIRO, M.F.G.; GUERRA-JUNIOR, A.F.; ACURCIO, F.A. Prescrição,

- dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.24 p.1763-1772, 2008.
7. COSTA, S.H.N. et al. Survey on the use of psychotropic drugs by twelve military police units in the municipalities of Goiânia and Aparecida de Goiânia, state of Goiás, Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 32(4), dez 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462010000400012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000400012&lng=pt&nrm=iso) Acessado em 01/07/2011.
  8. DAILEY, J.W. Drogas Sedativo-Hipnóticas e Ansiolíticas. In: *Farmacologia Moderna*. CHARLES R.C., ROBERT E. S. Editora Guanabara: RJ, 1996, Pg. 333-342.
  9. DRUMMER, O.H.; ODELL, M. The forensic pharmacology of drugs of abuse. London: Arnold, 2001. 462p.
  10. GALDURÓZ, J.C.F et al. V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. 2004. São Paulo: CEBRID; 2005.
  11. GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A. R., CARLINI, E. A. IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e de 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas psicotrópicas (CEBRID); 1997.
  12. [http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm) Acessado em 15/11/2011.
  13. <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/controlados/legis.htm> Acessado em 14/11/2011.
  14. [http://www.cvs.saude.sp.gov.br/publ\\_inf.asp](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/publ_inf.asp) Acessado em 16/11/2011.
  15. <http://www.who.int/entity/en/> acessado em 13/11/2011.
  16. INTERNATIONAL NARCOTIC CONTROL BOARD. Psychotropic substances: statistics for 1996. s.n.t. 258p.
  17. KOROLKOVAS, A.; BURCKHALTER, J. H. Química Farmacêutica. 1. Ed., São Paulo: Guanabara Koogan, 1988. P.263-277.
  18. MAIA, D.B. et al. Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *J Affect Disord*; 97: 241-5, 2007.
  19. MOFFAT, A.C.; OSSELTON, M.D.; WIDDOP, B. Clarke's analysis of drug and poisons. 3ed., v.2. London: Pharmaceutical Press, 2004. 1935p.
  20. NGROUND-MBONGUE, T.B. et al. Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.*, 14(2): 81-9, 2005.
  21. NOTO, A.R. et al. Analysis of prescription 113 and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v.24, p.68-73, 2002.
  22. OSTERLOCH, J.D.; BECKER, C.E. Chemical dependency and drug testing in the workplace. *West. J. Med.*, San Francisco, v.152, n.5, p.506-513, 1990.
  23. Publicação – Diário Oficial da União Nº. 134, Seção 1, quinta-feira, 16 de julho de 2009.
  24. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 40 DE 15 DE JULHO DE 2009. Dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS nº. 344, de 12 de maio de 1998.
  25. RESOLUÇÃO Nº 466 DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Publicada no DOU nº 12 quinta-feira 12 de Junho de 2013, seção 1 página 59.
  26. ROMEU, G.A.; JUSTINO, P.F.C.; LIMA, A.M.A. Perfil da prescrição e dispensação de fármacos anorexígenos em fortaleza – CE. *Infarma*, v.20 p.32-37, 2008.
  27. SILVA, O.A. et al. Drug use by truck drivers in Brazil. *Drugs Educ Prev Pol*, 10(2):135-9, 2003.
  28. SOUZA, Z.P. Legislação farmacêutica. In: Gomes MJVM, Reis AMM. Ciências farmacêuticas - uma abordagem hospitalar. 1. Ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2001. P.90-179.
  29. VERSTRAETE, A.G.; PIERCE, A. Workplace drug testing in Europe. *Forensic Sci Int* ;121(1):2-6, 2001