



INTRODUÇÃO À NEUROPSICOLOGIA

SUMÁRIO

3- Introdução à Psicofarmacologia

8-Antidepressivos, Distúrbios do Humor e Antimania

12-Princípios de Farmacologia (Farmacocinética e Farmacodinâmica)

16-Psicofármacos e o Paciente Idoso

20-Benzodiazepínicos

21-Barbitúricos, Sedativos não Barbitúricos

23-Antiepilépticos, Neurolépticos

26-Farmacodependência: Tolerância e Síndrome de Abstinência

39-Farmacodependência e Psicofarmacologia

50-Referências Bibliográficas

Psicofarmacologia é a ciência que trata da relação entre o uso de drogas (substâncias psicoativas) e as alterações psíquicas diversas da ordem do humor, cognição, comportamento, psicomotricidade e personalidade.

INTRODUÇÃO À PSICOFARMACOLOGIA

Atribui-se ao psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856 - 1926) a origem do termo “farmacopsicologia” em 1892.

Seu objeto de estudo concentra-se nas ações e efeitos de drogas psicoativas que possuem terapia potencial ou efetiva para distúrbios mentais, distinguindo-se da neurofarmacologia que corresponde ao estudo do modo como as drogas afetam funções do sistema nervoso em níveis molecular, celular, sináptico, da rede ou circuitos nervosos e do comportamento; além da proposição de tratar uma série de doenças neurológicas, que não a doença mental.

Ambos estes ramos da farmacologia estão intimamente associados, uma vez que se referem às interações com neurotransmissores, neuropeptídeos, neuromoduladores, enzimas, proteínas receptoras, segundos mensageiros, co-transportadores e canais iônicos no sistema nervoso central e periférico.

Drogas psicoativas podem ser originárias de fontes naturais como plantas e animais, ou artificiais como as sintetizadas nos laboratórios químicos da indústria farmacêutica. Estas drogas interagem com alvos específicos ou receptores encontrados no sistema nervoso para induzir diferentes mudanças nas funções fisiológicas ou psicológicas.

A interação específica entre as drogas e seus alvos é chamada de Ação da Droga e as mudanças observadas são conhecidas como Efeito da Droga.

A psicofarmacologia moderna estuda um grande número de substâncias com vários tipos de propriedades psicoativas, mas a maioria dos estudos são conduzidos em drogas com propriedades médicas, com foco nas interações químicas entre estas e o cérebro humano.

Diversas formas de classificar as substâncias psicoativas, seja quanto a origem natural (extraída de plantas e animais) ou artificial (sintetizadas); quanto a utilização psicossocial (lícitas, ilícitas; recreativas ou terapêuticas, etc.) contudo como dito antes há relativo consenso que o nascimento da psicofarmacologia decorreu da utilização terapêutica de tais substâncias nos distúrbios mentais. Nos estágios iniciais, a psicofarmacologia foi usada principalmente para sedação: sedativos administrados para transformar estados excitados em quiescente e estimulantes usados para aumentar a atividade em pacientes deprimidos. Estimulantes como a cafeína e derivados da anfetamina”. Sedativos tipo hidrato de cloral e brometos (brometo de sódio) utilizados no século XIX substituídos por barbitúricos no começo do século XX até à descoberta dos alcalóides da *Rauwolfia serpentina*, a reserpina e derivados da fenotiazina, a clorpromazina, o que deu início ao tratamento das psicoses e/ou a categoria psicofarmacológica dos antipsicóticos. Após a década de 1960, o campo da psiquiatria mudou para incorporar as indicações e eficácia dos tratamentos farmacológicos, e começou a se concentrar no uso e toxicidade desses medicamentos.

Antipsicóticos

Himwich comentando as novas drogas psiquiátricas no ano 1955, “profetizava” que estávamos entrando em uma nova era no estudo e tratamento da doença mental, ressalta as descobertas da possibilidade de indução química de um estado psicótico semelhante às psicoses com injeções de LSD e diferenciação bioquímica dos estados emocionais da adrenalina e noradrenalina além de destacar a possibilidade de tratamento da esquizofrenia com a reserpina (mais eficiente em auxiliar pacientes hebefrênicos) e clorpromazina, drogas que segundo ele “acalmam os pacientes sem fazê-los dormir e seus efeitos duram mais tempo que o dos sedativos”. Lieberman e Ogas (o.c.) assinam que o que diferencia, principalmente, os efeitos da clorpromazina dos sedativos e tranquilizantes é a sua capacidade de intervir especificamente nos sintomas psicóticos tipo alucinação, delírio e confusão mental ou “pensamento embaralhado”, de modo análogo à redução da dor de cabeça ou temperatura com uso da aspirina.

Ansiolíticos

Ainda na década de 1950 acompanhando as pesquisas terapêuticas da clorpromazina e grande interesse mobilizado pelo seu sucesso comercial, a indústria farmacêutica iniciou uma série de pesquisas na linha de tratamento dos distúrbios mentais. Retomou-se o interesse na utilização do meprobamato, comercializado como sedativo com relativo sucesso (o miltown) que resultara posteriormente na descoberta das benzodiazepinas na década de 60 apesar das críticas que se fazia ao tratamento com tranquilizantes das doenças mentais antes da clorpromazina e investiu-

se no tratamento de outro antigo flagelo a melancolia e/ou depressão. Observe-se que até hoje, na farmacologia moderna, critica-se a inadequação do termo tranquilizante, distinguindo-se o efeito sedativo (hipnótico), ansiolítico e antipsicótico por sua atuação em níveis subhipnóticos.

Antidepressivos

O uso do carbonato de lítio para mania e, em seguida, em rápida sucessão, o desenvolvimento de antidepressivos tricíclicos, a imipramina, seguida pelos inibidores da monoamina oxidase, respectivamente por John Cade (1912 -1980) e Roland Kuhn(1912- 2005) foram as principais descobertas da década dos 50 no tratamento da depressão.

Alguns estimulantes psicomotores tipo a anfetamina introduzido na prática médica nos últimos anos da década de 30 até hoje são utilizados, contudo com o desenvolvimento dos métodos de investigação, com o estabelecimento de estudos controlados com placebo, duplo cego, capacidade de analisar os níveis sanguíneos com relação ao resultado clínico, biomagem e maior sofisticação em ensaios clínicos realizando uma verdadeira dissecação farmacológica, diversos novos fármacos tem sido descobertos. Neste processo histórico de pesquisa para “cura” controle dos transtornos afetivos (depressão e transtorno bipolar) não pode deixar de ser mencionado as pesquisas pioneiras de Sigmund Freud (1856-1939) com a cocaína para o esgotamento nervoso e dependência da morfina apesar do insucesso terapêutico e a descoberta dos antidepressivos de segunda geração, a fluoxetina, e subsequente pesquisa com os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS ou SSRI).

A definição clássica da Farmacologia como ciência que estuda os fármacos surgiu da necessidade premente de análise e comprovação experimental da eficácia dos medicamentos. Como disciplina ponte incorporou o conhecimento de noções bioquímicas, fisiológicas, patológicas e mais recentemente da Biologia Molecular. A Farmacologia tomada como sinônimo de Farmacodinâmica foi pouco a pouco adquirindo foros de ciência única.

Os fármacos para serem introduzidos na clínica são desenvolvidos por meio dos seguintes processos: acaso, triagem empírica, extração de princípios ativos de fontes naturais, modificação molecular de medicamentos conhecidos e planejamento racional, segundo Korolkova (1974). Tradicionalmente, os fármacos descobertos são constituídos de moléculas orgânicas pequenas (MM < 500 dalton). Enquanto que os fármacos de grandes moléculas, com exceção de alguns hormônios, foram obtidos pelo desenvolvimento da tecnologia do DNA recombinante a partir da

década de 1980. A partir da década de 90, o processo usual para obtenção de um fármaco de molécula pequena consistiu em testar uma coleção de substâncias químicas (“biblioteca”) na busca de compostos com propriedades farmacológicas desejadas.

O transporte de fármacos compreende o deslocamento de um fármaco de um compartimento para outro; ou de um ponto para outro, dentro de um mesmo compartimento; ou ainda o deslocamento de fármaco para fora do organismo. Nesse sentido, os processos de entrada e saída são controlados por transportadores que são proteínas da membrana codificadas por 6% dos genes do genoma humano.

A passagem de fármacos através das membranas celulares se processa de diferentes modos. Os mecanismos envolvidos no transporte de fármacos são os seguintes: difusão passiva, facilitada e por troca; transporte ativo; difusão através de poros; endocitose e exocitose.



Leitura Complementar:

Livro: Manual de Psicofarmacologia Clínica, Edição: 8

Editora: Artmed

Autor: Alan Schatzberg , Charles DeBattista.

No século XIX que cientistas franceses e alemães estudaram pela primeira vez o comportamento do ser humano a partir de uma perspectiva adaptativa. Foi aí que teve início um novo paradigma que passou a considerar os problemas mentais como transtornos, possibilitando também o pensamento e a busca por tentativas de controlar os sintomas desses transtornos por meio da psicofarmacologia.

Muitos psiquiatras ficaram aliviados e gostaram muito da ideia de seu objeto de estudo enfim entrar para a lista do que era considerado ciência, podendo se afastar de outras teorias mentalistas como as de Freud e Jung. Graças à história de pessoas como Bessel Van Der Kolk, podemos conhecer mais da verdadeira história da psicofarmacologia e algumas de suas influências nos dias de hoje.

No início dos anos 50, um grupo de cientistas franceses descobriu a clorpromazina, uma substância vendida com diversos nomes nas farmácias. Ela ajudava a tranquilizar os pacientes, reduzindo sintomas como agitação e delírios. Antes do descobrimento dessa droga, o principal tratamento para todas as doenças mentais no Centro de Saúde Mental de Massachusetts (de sigla MMHC) era a terapia como conhecemos hoje, derivada do método psicanalítico de Freud.

Ao fim dos anos 60, Bessel Van Der Kolk foi testemunha do nascimento da psicofarmacologia. Ou seja, viu a transformação dos tratamentos médicos em relação ao sofrimento mental. Bessel trabalhou como auxiliar de pesquisa no MMHC, com o objetivo de determinar a melhor forma de tratar jovens que haviam sofrido seu primeiro surto psicótico.

Bessel se dedicava a manter os jovens interessados em atividades populares para sua faixa de idade, e passava muito tempo com eles. Observava detalhes para os quais os médicos nunca olhavam durante suas visitas, já que estas eram muito rápidas. Especialmente durante as noites de insônia, os pacientes podiam contar histórias de sua vida, sobre como haviam sido maltratados, abusados, como tinham apanhado e sofrido.

Era surpreendente a frieza com a qual falavam dos sintomas dos pacientes, e quanto tempo passavam tentando controlar suas ideias suicidas e seus comportamentos autodestrutivos ao invés de tentar compreender as possíveis causas da desesperança e da impotência”.

-Bessel Van Der Kolk-

As alucinações corporais são muito frequentes na esquizofrenia, assim como as alucinações sexuais. A maioria delas traz os mesmos sentimentos e sensações que situações reais. Bessel se perguntava, então, se aquelas histórias que escutava nas horas frias das madrugadas de fato correspondiam à realidade.

Um psychopharmacologist é um conselheiro perito em que a droga pôde ter o melhor impacto em um paciente com uma norma sanitária mental particular. Compreendem como a medicina trabalha e o que os resultados clínicos previstos são. O médico é igualmente provável ter um aperto da neurociência porque as medicinas usadas têm impactos no funcionamento do sistema nervoso central. Além disso, compreendem as diferenças entre uma vasta gama de normas sanitárias mentais.

ANTIDEPRESSIVOS, DISTÚRBIOS DO HUMOR E ANTIMANIA

Uma consequência extremamente grave é o suicídio, mas há uma série de problemas. Outra coisa que muitas vezes aparece junto com o transtorno bipolar é a dependência de drogas. A doença aumenta bastante o risco de dependência de álcool e de outras drogas.

De acordo com Ferreira, o transtorno até pode ser observado em crianças, mas o mais comum é que seus sintomas apareçam a partir dos 14 anos. Trata-se de uma doença marcada por episódios de alteração de humor, às vezes "para baixo" (depressão) e às vezes "para cima" (euforia).

Atualmente, os médicos identificam até mesmo situações de episódios mistos, ou seja, com características de depressão e exaltação no mesmo período.

O transtorno bipolar geralmente tem início na adolescência, juventude, mas pode se manifestar em qualquer fase da vida. Se não tratada, tende a ser uma doença bastante recorrente. Isso, no entanto, varia. Pessoas que tem poucos episódios, mesmo quando não o tratam. Esses episódios podem ser desde relativamente leves até gravíssimos. O transtorno costuma interferir bastante na vida das pessoas, no trabalho, nos estudos, nas relações interpessoais. Isso quando não há tratamento.

O psiquiatra explica que há uma série de remédios que podem ser administrados pelo profissional responsável. Há aqueles que ajudarão o paciente a sair do estado da depressão ou da euforia, há medicamentos coadjuvantes e há também os chamados estabilizadores de humor, usados para que os episódios não recorram.

Os episódios de depressão e euforia costumam variar em intensidade e frequência de acordo com cada paciente. É importante ressaltar que, assim como na depressão pura, tais episódios são diferentes de simples aborrecimentos e alegrias cotidianas. Tanto os momentos de depressão, quanto os de euforia, podem durar dias e representam um forte impacto emocional, com consequências muitas vezes incontroláveis para o paciente e as pessoas mais próximas.

A partir do diagnóstico médico de transtorno bipolar, o psiquiatra apontará ou não a necessidade de internação. Os profissionais buscam o tratamento menos restritivo possível, mas, por vezes, após deliberação com a própria família do paciente, é preciso interná-lo nos cenários em que ele representa eventual perigo a si próprio ou a terceiros.

—————→ No transtorno bipolar (chamado anteriormente de doença maníaco-depressiva), os episódios de depressão se alternam com episódios de mania, ou uma forma menos grave de mania chamada hipomania. A mania caracteriza-se por atividade física excessiva e sentimentos de euforia que são desproporcionais a qualquer situação.

O transtorno bipolar recebe esse nome porque ele inclui os dois extremos, ou polos, dos transtornos do humor, depressão e mania. Ele afeta cerca de 4% da população dos Estados Unidos em algum grau. O transtorno bipolar afeta igualmente homens e mulheres. O transtorno bipolar começa normalmente na adolescência, na faixa dos 20 ou dos 30 anos. O transtorno bipolar em crianças é raro.

A maioria dos transtornos bipolares pode ser classificada como:

Transtorno bipolar I: A pessoa já apresentou, no mínimo, um episódio maníaco completo (que tenha impedido de desempenhar suas funções normalmente ou que incluía delírios) e, normalmente, episódios depressivos.

Transtorno bipolar II: A pessoa já apresentou episódios depressivos importantes, pelo menos um episódio maníaco menos grave (hipomaníaco), mas nenhum episódio maníaco completo.

No entanto, algumas pessoas apresentam episódios que lembram um transtorno bipolar, mas que são mais leves e não atendem aos critérios específicos de transtorno bipolar I ou II. Esses episódios podem ser classificados como transtorno bipolar inespecífico ou transtorno ciclotímico.

A depressão no transtorno bipolar se parece com a depressão que ocorre sozinha. A pessoa se sente muito triste e perde o interesse nas suas atividades. Ela pensa e se move lentamente e pode dormir além do normal. Pode ocorrer um aumento ou diminuição do apetite e elas podem perder ou ganhar peso. Ela pode se sentir sobrecarregada com sentimentos de desesperança e culpa. É possível que ela não consiga se concentrar ou tomar decisões.

Os sintomas psicóticos (como alucinações e delírios) são mais comuns na depressão que ocorre no transtorno bipolar do que na depressão que ocorre isoladamente.

Antidepressivos são fármacos eficazes para tratar transtornos depressivos, mas também são utilizados para tratar diversas outras doenças, como transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, distúrbios do sono, disfunção sexual, dor crônica, adição e mal de Parkinson.

A maioria das pessoas não se adapta ao primeiro antidepressivo e devem mudar a medicação até encontrar o antidepressivo com o qual responde com melhor efeito e menores efeitos colaterais. O melhor remédio e a dose ideal dependem do organismo e ambiente de cada indivíduo. Combinações com outro antidepressivo, com remédios para ansiedade, com estabilizantes de humor ou neurolépticos podem ser necessários.

Obs.: Os efeitos são melhores quando associados à psicoterapia.

Antidepressivos tricíclicos: Os primeiros a serem inventados, muito eficientes, mas causavam muitos efeitos colaterais anticolinérgicos. Os novos antidepressivos tricíclicos causam menos efeitos colaterais. Atuam aumentando a disponibilidade de noradrenalina e serotonina no cérebro.

Inibidores da monoaminoxidase (IMAO): Os segundos a serem inventados, atuam inibindo a degradação da serotonina, noradrenalina e dopamina pela enzima monoaminoxidase (MAO). Seu uso foi limitado pelo risco da interação com a tiramina, comum em diversos queijos, carnes e bebidas alcoólicas, causando crises hipertensivas.

Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS): Incluem os antidepressivos mais usados atualmente (citalopram, fluoxetina, paroxetina e sertralina). A recaptação de serotonina pelo neurônio que a libera inibe a liberação de mais serotonina (é um feedback negativo), assim ao inibir essa inibição o medicamento aumenta a disponibilidade de serotonina para ativar seus receptores. A seletividade por receptores específicos é a principal diferença entre os membros desse grupo, receptores distintos ativam efeitos diferentes.

Inibidor seletivo da recaptação de noradrenalina (ISRN): Uma nova classe de antidepressivos, cujo principal representante é a reboxetina. Uma alternativa aos pacientes que não respondem aos ISRS. Inibe um mecanismo de inibição da noradrenalina.

Inibidor seletivo da recaptação de dopamina (ISRD): Uma alternativa para os que sofrem com efeitos colaterais serotoninérgicos, como ejaculação retardada. Geralmente bem tolerado, pois não inibe a monoaminoxidase e tem pouca afinidade pelo sistema serotoninérgico e colinérgico. Se tomado junto ao álcool ou outras drogas pode causar convulsão.

Inibidor selectivo da recaptação da serotonina e da noradrenalina (ISRSN): Similares aos tricíclicos, mas sem os efeitos colaterais anticolinérgicos. Apresenta fraca atividade sobre a dopamina, perceptível apenas em grandes doses. Seu principal representante é a venlafaxina.

Antidepressivos tetracíclicos: Atuam em um grande número de receptores, como antagonistas ou agonistas inversos dos receptores: 5-HT_{1A}, 5-HT_{2A} (serotoninérgicos), α_1 , α_2 (alfa adrenérgicos), D₂ (dopaminérgico), H₁ (histaminérgico) e mACh (muscarínico). Seus representantes incluem a Maprotilina, a Mianserina e a Mirtazapina.

O uso de antidepressivos tem eficácia comprovada como parte do tratamento de diversas condições:

Depressão maior: Todos

Transtorno de ansiedade generalizada: Venlafaxina, Escitalopram

Transtorno obsessivo-

compulsivo: Fluvoxamina, paroxetina, sertralina, fluoxetina, Clomipramina, Citalopram e Escitalopram

Fobia social: Escitalopram, Paroxetina, Venlafaxina, Sertralina

Transtorno do pânico: Sertralina, paroxetina, Amitriptilina, Escitalopram e Citalopram

Transtorno de estresse pós-traumático: Sertralina

Bulimia nervosa: Fluoxetina

Transtorno disfórico pré-menstrual: Fluoxetina

Transtorno de personalidade limítrofe: Fenelzina

Compulsão alimentar: Fluoxetina ou sertralina

Tabagismo: bupropiona e nortriptilina

Alcoolismo e outras dependências psicológicas: fluoxetina e desipramina

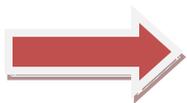
Insônia: Mirtazapina, Agomelatina

Dor crônica neurológica: Imipramina, amitriptilina ou duloxetina

Fibromialgia: Duloxetina, Milnaciprano

Mal de Parkinson: IMAO seletivos B como a selegilina

Ejaculação precoce: Paroxetina e Clomipramina



A maioria dos antidepressivos são bem absorvidos pelo trato gastrointestinal, sofrem biotransformação hepática e diversos possuem metabólitos ativos. A fluoxetina possui um metabolito ativo (norfluoxetina) que prolonga seu efeito no organismo. O início de ação se dá entre 7 a 14 dias com doses apropriadas, mas pode levar de 4 a 8 semanas para atingir o efeito terapêutico pleno. Interagem medicamentosamente com um grande número de medicamentos e drogas. A maioria não deve ser usada concomitantemente ao uso de álcool.

De modo geral o tratamento é dividido nas seguintes fases: aguda, continuação (até 6 meses) e preventiva (após 6 meses). A Associação Psiquiátrica Americana sugere que devam ser prescritos por, ao menos, 4 a 5 meses com doses completas após a melhora ou remissão total dos sintomas, sempre acompanhado de psicoterapia.

**PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA
(FARMACOCINÉTICA E FARMACODINÂMICA)**

O aumento do consumo de plantas medicinais está relacionado com seu baixo custo e pelo fato de gerarem efeitos colaterais menos agressivos que os de fármacos sintéticos. A população consome plantas medicinais, por serem naturais, acredita-se que elas não fazem mal a saúde. Porém, elas podem apresentar efeitos adversos, restrições de uso ou podem ter a qualidade comprometida. É importante que seja realizado o controle de qualidade dos produtos fitoterápicos para amenizar os riscos e garantir a segurança aos usuários.

A fitoterapia utiliza plantas medicinais para tratamento ou prevenção de doenças. A expansão desta terapia, de forma geral, ocorre devido aos efeitos adversos de fármacos sintéticos e ao seu baixo custo de aquisição. Esta alternativa de terapia é feita por ser menos agressiva quanto aos efeitos adversos. A produção destes produtos fitoterápicos foi beneficiada pela identificação e quantificação de compostos químicos. Assim, foi verificada sua segurança e eficácia (Yunes; Pedrosa; Cechinel Filho, 2001). A fitoterapia é muito utilizada como alternativa, pois abrange um número maior de usuários que buscam um tratamento eficaz e seguro. Devido ao seu alto consumo é de suma importância que seja feito o controle de qualidade das plantas medicinais, desde sua fabricação até sua comercialização, para minimizar os riscos no consumo pelos usuários (Melo et al., 2007).

No preparo da amostra para fazer a análise de teor de umidade foi observado a presença de muitos talos misturados com as folhas em todas as amostras. Além dos talos, foi encontrado também pedaços de plásticos na amostra A. A presença de talos nas amostras e do plástico na amostra A indica que os chás sofreram processos inadequados de separação e limpeza. Segundo Lucca et al. (2010) as impurezas nas amostras indicam também que os chás não foram fiscalizados após serem embalados para que fossem analisados se estavam nas conformidades exigidas.

Pelo aspecto visual observou-se, que a amostra F possuía um material vegetal que não apresentou folhas com espinhos, o que não possibilita caracterizar a olho nu folha de espinheira santa. De acordo com Veiga Junior, Pinto e Maciel (2005) a adulteração é fraudulenta e não existe fiscalização eficaz no controle de qualidade. De acordo com Jesus e Cunha (2012) a utilização errônea de espécies em que não se conhecem seus efeitos, pela ausência de informação sobre sua atividade farmacológica e segurança terapêutica, pode acarretar prejuízos a saúde do consumidor.

Farmacocinética é o "caminho" que o medicamento segue no organismo de seres vivos como humanos. Não se trata do estudo do seu mecanismo de ação, o que corresponde à farmacodinâmica ou mesmo da farmacogenômica, mas sim as etapas que a droga sofre desde

a administração, introdução do fármaco no organismo como tomar um comprimido, até a excreção, processo pela qual o fármaco deixa o organismo definitivamente, que são: administração, absorção, biotransformação, biodisponibilidade e excreção. Note também que uma vez que se introduza a droga no organismo, essas etapas ocorrem de forma simultânea, dado que uma quantidade de medicamento já passou pela a etapa em questão, sendo essa divisão apenas de caráter didático.

Absorção

É a primeira etapa que vai desde a escolha da via de administração até a chegada da droga à corrente sanguínea. Vias de administração como intravenosa e intra-arterial pulam essa etapa, já que caem direto na circulação. Alguns fatores interferem nessa etapa como pH do meio, forma farmacêutica e patologias (úlceras por exemplo). A característica química do fármaco interfere no processo de absorção.

Distribuição

Etapa em que a droga é distribuída no corpo através da circulação. Ela chega primeiro nos órgãos mais vascularizados (como sistema nervoso central, pulmão, coração) e depois sofre redistribuição aos tecidos menos irrigados (tecido adiposo por exemplo). É nessa etapa que a droga vai chegar ao local onde vai atuar.

Interferem ainda nessa etapa baixa concentração de proteínas plasmáticas (necessárias para a formação da fração ligada) como desnutrição, hepatite e cirrose, que destroem hepatócitos, que são células produtoras de proteínas plasmáticas, reduzindo assim o nível destas no sangue.

Biotransformação

Fase onde a droga é transformada em um composto mais hidrossolúvel para a posterior excreção.

Ela se dá em duas fases:

Fase 1: etapas de oxidação, redução e hidrólise

Fase 2: conjugação com o ácido glicurônico

A fase 1 não é um processo obrigatório, variando de droga para droga e diferente da fase 2, obrigatória a todas as drogas. O fígado é o órgão que prepara a droga para a excreção.

Farmacodinâmica (do grego pharmakon, "remédio" e dýnamis, forças) é o campo da farmacologia e medicina, que estuda os efeitos fisiológicos dos fármacos nos organismos vivos, seus mecanismos de ação e a relação entre concentração do fármaco e efeitos desejados e indesejados.

Dentre os possíveis efeitos desejáveis de um fármaco estão:

Interação com enzimas

Interação com proteínas estruturais

Interação com proteínas transportadoras

Interação com canais iônicos

Ligação do ligando aos receptores:

Receptores hormonais

Receptores neuromoduladores

Receptores de neurotransmissores

“Upregulation” ou “Downregulation”

Ruptura da membrana celular do parasita

A farmacocinética e farmacodinâmica são conceitos distintos. A farmacocinética é o estudo do caminho que o medicamento faz no organismo desde que é ingerido até que é excretado e a farmacodinâmica é o estudo da interação deste medicamento com o local de ligação, que vai ocorrer durante este caminho.

—————> A farmacocinética consiste no estudo do caminho que o medicamento vai fazer a partir do momento em que é administrado até ser eliminado, passando por processos de absorção, distribuição, metabolismo e excreção.

A absorção consiste na passagem do medicamento do local onde é administrado, para a circulação sanguínea. A administração pode ser feita via enteral, o que significa que o remédio é ingerido através da via oral, sublingual ou via retal, ou parenteral, o que significa que o remédio é administrado via intravenosa, subcutânea, intradérmica ou intramuscular.

A distribuição consiste no caminho que o medicamento faz depois de atravessar a barreira do epitélio do intestino para a corrente sanguínea, podendo estar na forma livre, ou ligado às proteínas plasmáticas, podendo depois atingir vários locais:

Local de ação terapêutica, onde vai exercer o efeito pretendido;

Reservatórios teciduais, onde vai ser acumulado sem exercer efeito terapêutico;

Local de ação inesperada, onde vai exercer uma ação indesejada provocando efeitos colaterais;

Local onde são metabolizados, podendo aumentar a sua ação ou serem inativados;

Locais onde são excretados.

O metabolismo ocorre em grande parte no fígado, podendo acontecer o seguinte:

Inativar uma substância, que é o mais comum;

Facilitar a excreção, formando metabólitos mais polares e mais hidrossolúveis de forma a serem eliminados mais facilmente;

Ativar compostos originalmente inativos, alterando o seu perfil farmacocinético e formando metabólitos ativos.

A excreção consiste na eliminação do composto através de várias estruturas, principalmente no rim, em que a eliminação se faz pela urina. Além disso, os metabólitos também podem ser eliminados através de outras estruturas como o intestino, através das fezes, o pulmão caso sejam voláteis, e a pele através do suor, leite materno ou lágrimas.

Vários fatores podem interferir com a farmacocinética como a idade, sexo, peso corporal, doenças e disfunção de certos órgãos ou hábitos como fumar e beber álcool, por exemplo.

Obs.: A farmacodinâmica consiste no estudo da interação dos fármacos com os seus receptores, onde exercem o seu mecanismo de ação, produzindo um efeito terapêutico.

PSICOFÁRMACOS E O PACIENTE IDOSO

A esquizofrenia é um transtorno mental que em geral se inicia no adulto jovem e afeta a vida do indivíduo e de seus familiares. Tem prevalência de 0,5 a 1% na população geral e incidência de cerca de 4 casos novos por ano numa população de 10.000 habitantes. Como incide em os indivíduos no início da vida produtiva, compromete seus relacionamentos sociais, sua vida profissional e afetiva. Ocorre quase que igualmente em homens e mulheres, raramente antes da puberdade ou após os 50 anos de idade.

As mulheres apresentam um curso mais brando e, portanto, um melhor prognóstico comparado aos homens. Quando a história familiar é positiva, a idade de início é mais precoce em ambos os sexos. É uma doença de evolução crônica, que exige um acompanhamento do paciente em longo prazo. O objetivo principal do acompanhamento psiquiátrico é a prevenção de recaídas, pois essas contribuem para a deterioração cognitiva e afetiva do paciente.

Como objetivos secundários, estão a prevenção do suicídio, a reabilitação do paciente e a diminuição do estresse familiar. Os cuidados familiares são imprescindíveis para se evitar uma evolução residual. Apesar de seu tratamento ser ainda limitado, tem havido nos últimos anos importantes contribuições para o conhecimento desta grave patologia.

Classicamente existem variações na apresentação clínica, com implicações terapêuticas e prognósticas. Entretanto, algumas características são comuns: uma alteração detectável ocorre na vida do indivíduo (quebra na curva de vida), mais frequentemente com tendência ao isolamento, desconfiança, estranheza, autoreferência, prejuízo nos cuidados pessoais assim como nos rendimentos intelectuais ou profissionais. Paralelamente, são observadas alterações namento. O caráter bizarro é proeminente e quanto mais precoce é esta alteração, pior o prognóstico.

Podemos dividir os sintomas esquizofrênicos em três grupos:

Positivos: Alucinações (percepção sem objeto), principalmente auditivas e delírios (alteração do julgamento da realidade) são disfunções que surgem. Podem ainda ocorrer (em função dos delírios e das alucinações), comportamento bizarro, atos impulsivos, agitação psicomotora.

Negativos: Comprometimento afetivo (Pouca ressonância afetiva, embotamento), alteração da vontade e do pragmatismo, anedonia (incapacidade de sentir prazer), empobrecimento da linguagem e do pensamento, diminuição da fluência verbal, autonegligência, lentificação psicomotora.

Desorganização: Alogia (raciocínio sem lógica), comportamento bizarro, alteração do curso do pensamento, afeto inadequado; a tônica é a desorganização, a inadequação das reações.

Esquizofrenia paranóide– É a apresentação mais frequente e de prognóstico mais favorável, inicia-se normalmente de forma insidiosa, em geral entre os quinze e os trinta anos. Seu quadro clínico é dominado pelos sintomas positivos tais como alucinações/ ilusões (auditivas mais comumente) acompanhadas de atividade delirante, predominantemente persecutória (mas também grandiloquente, místico-religiosa, erótica, etc.). Estas alterações passam a dominar a vida do paciente, levando-o a adotar posturas de isolamento, agressividade, desconfiança, etc.

Esquizofrenia hebefrênica – São proeminentes as alterações da afetividade (afeto inapropriado, superficial, pueril, risos imotivados, ambivalência, embotamento) assim como as desordens do pensamento (pensamento desorganizado, "frouxo", discurso fragmentado). Inicia-se muito precocemente na adolescência e das três formas mais freqüentes, é a de pior prognóstico, principalmente pela predominância da sintomatologia negativa.

Esquizofrenia catatônica – Predominam alterações na psicomotricidade. Posturas motoras bizarras podem surgir. São comuns negativismo (isto é, a falta de cooperação de comportamento e motricidade (seja de forma ativa ou apenas por recusa passiva a responder aos comandos). mutismo, rigidez muscular, flexibilidade cêrea (posturas como que "de estátua", imóvel, muitas vezes de forma pouco convencional para uma postura como, por exemplo, braços para frente ou levantados), estereotípias e maneirismos. Intensa excitação pode alternar-se com grande redução dos movimentos e diminuição da reatividade ao meio ambiente (estupor).

Transtorno delirante persistente – Caracteriza-se pela ocorrência de um (ou mais) delírio (s), geralmente estruturado, organizado, que o indivíduo mantém por muitos anos, em geral sem a presença de alucinações. Muitas vezes existe a manutenção da vida produtiva, afetiva e social do indivíduo acometido. Inicia-se em uma faixa etária mais avançada em relação à esquizofrenia.

Depressão ou mania psicótica – Estes quadros são frequentemente confundidos com a esquizofrenia, o que pode levar a prejuízos importantes ao paciente de forma desnecessária, principalmente pelos efeitos colaterais dos neurolépticos. Sintomas psicóticos, em geral congruentes com o humor, podem compor o quadro de um transtorno afetivo, conferindo-lhe caráter de maior gravidade.

Transtornos esquizoafetivos – Ainda controversos na nomenclatura psiquiátrica, apresentam uma mistura dos sintomas afetivos (depressão, lentificação, culpa, hipercineses, euforia, megalomania) com sintomas claramente esquizofrênicos. Seu prognóstico é melhor do que o da esquizofrenia e pior do que o dos transtornos do humor.

Síndrome parkinsoniana - Rigidez, lentificação motora, tremores, andar em bloco, sialorréia. O uso de neuroléptico após algum tempo cria tolerância aos efeitos colaterais.

Hipotensão ortostática – É mais importante nos idosos e nos que não fazem uso regular. Ao se iniciar um tratamento, a pressão arterial deve ser monitorada.

“A psicologia, diferentemente da química, álgebra ou literatura, é um manual para a sua própria mente. É um guia para a vida.”

– Daniel Goldstein-

Os efeitos colaterais deste tipo de medicamentos são conhecidos pelos profissionais de saúde, tanto a curto como a médio e longo prazo. Mas este não é o único problema, pois sua eficácia é duvidosa no tratamento de alguns transtornos psicológicos e eles só são receitados porque, a curto prazo, são a solução mais econômica para um sistema de saúde à beira de um colapso por falta de profissionais.

Além disso, seu custo econômico a longo prazo é muito elevado, já que possui muitos sintomas ao mesmo tempo, e ao não agir sobre a causa, muitos transtornos tornam-se crônicos.

“O autoconhecimento e o desenvolvimento são difíceis para a maioria das pessoas. Normalmente, requerem muita coragem e perseverança.”

– Abraham Maslow –

BENZODIAZEPÍNICOS

Benzodiazepinas são uma classe de fármacos psicotrópicos cuja estrutura química é a fusão de um anel de benzeno com um anel de diazepina. O primeiro destes fármacos, o clordiazepóxido, foi descoberto acidentalmente por Leo Sternbach em 1955, e introduzido no mercado na década de 1960 pela farmacêutica Hoffmann–La Roche, que, desde 1963, comercializa também a benzodiazepina diazepam (Valium). Em 1977, as benzodiazepinas eram o fármaco mais receitado em todo o mundo. As benzodiazepinas pertencem à classe farmacêutica dos ansiolíticos.

As benzodiazepinas potenciam o efeito do neurotransmissor ácido gama-aminobutírico (GABA) no recetor GABAA, o que resulta em propriedades sedativas, hipnóticas (indutoras de sono), ansiolíticas (diminuição da ansiedade), anticonvulsantes e de relaxamento muscular. No entanto, doses elevadas de muitas benzodiazepinas de curta duração podem também causar amnésia retrógrada e dissociação. Estas propriedades levam a que as benzodiazepinas sejam usadas no tratamento de ansiedade, insónias, agitação, ataques epilépticos, espasmos musculares, privação de álcool e como pré-medicação para intervenções médicas ou dentárias.[5] As benzodiazepinas são classificadas como de curta, média ou longa duração. As benzodiazepinas de curta e média duração são preferenciais no tratamento de insónias, enquanto as de longa duração são recomendadas no tratamento de ansiedade.

As benzodiazepinas são geralmente consideradas seguras e eficazes para utilização de curta duração, embora possa ocasionalmente ocorrer comprometimento da cognição ou efeitos paradoxais como agressividade ou desinibição comportamental ou, numa minoria de pessoas, agravamento da agitação ou pânico. As benzodiazepinas estão também associadas a um risco acrescido de suicídio. A utilização de benzodiazepinas a longo prazo é controversa, dado que existem preocupações com os seus efeitos adversos físicos e psicológicos, com a diminuição gradual da sua eficácia, assim como a dependência física que causa agitação agravada e síndrome de privação associado. Dado que existem uma série de efeitos adversos associados ao seu uso prolongado, em muitos casos a interrupção do consumo de benzodiazepinas melhora o estado de saúde física e mental da pessoa. Os idosos apresentam um risco superior de ser afetados pelos efeitos adversos do fármaco, tanto os de curto como os de longo prazo, o que levou a que as benzodiazepinas tivessem sido incluídas na lista de Beers de medicamentos inapropriados para idosos.

Existe um foco de controvérsia sobre a segurança das benzodiazepinas na gravidez. Embora não sejam significativamente teratógenos, existe incerteza se causam fissura labiopalatal numa pequena percentagem de bebês e se os efeitos neurocomportamentais ocorrem como resultado de exposição pré-natal, para além de poderem causar síndrome de abstinência nos recém-nascidos. A overdose de benzodiazepinas pode causar coma. No entanto, são um medicamento menos tóxico que os seus antecessores, a classe dos barbitúricos, e muito raramente ocorrem mortes quando as benzodiazepinas são administradas isoladamente. No entanto, quando são

associadas a outros depressores do sistema nervoso central, como bebidas alcoólicas ou opioides, o potencial de toxicidade e overdose mortal aumenta.[16][17] O abuso de benzodiazepinas é comum, sendo por vezes tomadas em conjunto com outras drogas que causam dependência.

Os de duração mais curta são usados mais enquanto indutores do sono, porque não têm efeitos de sonolência após acordar. Os de grande duração são mais usados como ansiolíticos.

Duração ultra-curta (menos de 6 horas) (hipnóticos)

Triazolam: Pode causar ataques de mau humor e fúria violenta em alguns doentes devido aos sintomas de privação rápidos. Retirado do mercado em alguns países por essa razão.

Estazolam: comercialmente conhecido como Noctal

Midazolam: medicamento referência no Brasil: Dormonid

Duração curta (6-10h) (hipnóticos, ansiolíticos)

Oxazepam

Bromazepam: nome comercial no Brasil e em Portugal: Lexotan

Flunitrazepam: comercialmente conhecido como Rohypnol

Flurazepam: nome comercial no Brasil e em Portugal: Dalmadrom

Duração intermédia (10-20h) (ansiolíticos, hipnóticos)

Lorazepam

Clordiazepóxido: 5-25h.

Temazepam

Alprazolam ou Frontal: Início da ação de 1 ou 2 horas e duração de 10-20 horas.

Duração longa (ansiolíticos)

Diazepam: nome comercial Valium.

Clonazepam: É um ansiolítico podendo ter uma duração de 18-50 horas nome comercial no Brasil e em Portugal: Rivotril

Prazepam

Antagonista

O Flumazenil é um antagonista no receptor das benzodiazepinas, anulando seus efeitos.

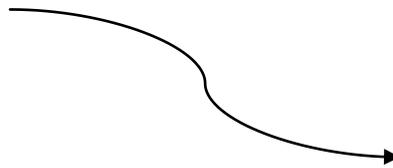
BARBITÚRICOS, SEDATIVOS NÃO BARBITÚRICOS

Barbitúrico, também chamado de malonilureia ou hidropirimidina, é um composto químico orgânico (contém carbono) sintético, ou um fármaco derivado do "ácido barbitúrico", resultado da união do ácido malônico com a ureia, de onde se derivam substâncias de uso terapêutico, descoberto por Adolf Von Baeyer em 1864.

É um fármaco do grupo de substâncias depressoras do sistema nervoso central (diminuem a atividade no cérebro), usados como anticonvulsivos, sedativos e, hipnóticos.

Os barbitúricos têm uma pequena margem de segurança entre a dosagem terapêutica e a intoxicação. Assim, o uso destes fármacos foram reduzidos e substituídos por benzodiazepínicos.

Além de outros problemas como:



O consumo prolongado causa tolerância e dependência física; podem causar depressão profunda; a intoxicação constitui um problema clínico grave, e; o alto uso em homicídios e suicídios.

As propriedades indutoras de sono dos barbitúricos foram descobertas no início do século passado, a partir de então muitos compostos com essas propriedades eram testados e fabricados. Foram muito usados até os anos 60, quando eram os hipnóticos e/ou sedativos em maior uso clínico.

Todos os barbitúricos deprimem o sistema nervoso central (SNC) com efeito semelhante aos anestésicos inalatórios como o halotano. De maneira semelhante aos benzodiazepínicos, aumentam a ação do GABA, via de regra, um neurotransmissor inibitório do SNC (2); esse aumento é feito por uma ligação em sítio específico do receptor de GABA tipo A (GABA), porém em local diferente dos benzodiazepínicos, com ação menos específica (são receptores alostéricos: ligam-se a um sítio diferente do GABA no receptor, aumentando a afinidade do neurotransmissor a seu sítio ativo do receptor). Na verdade, esses receptores nada mais são que canais iônicos de cloreto.

Os barbitúricos podem causar morte por depressão respiratória e cardiovascular se for administrado em excesso, daí sua utilização controlada nos dias atuais. Pela falta de segurança, hoje esses medicamentos são pouco utilizados para hipnose e quadros de ansiedade, quando os benzodiazepínicos (mecanismo semelhante de ação) ou medicamentos que atuam na fisiologia da serotonina podem ser mais adequados; não se pode esquecer que a terapêutica medicamentosa e clínica dessas doenças é ampla e em constante estudo. (2),(3) Seu uso mais

comum na medicina envolve quadros de epilepsia (com o fenobarbital, por exemplo) e na anestesia intravenosa (com o tiopental, por exemplo). Os barbitúricos induzem alto grau de tolerância e dependência.

Barbitúricos são sedativos e calmantes. São usados em remédios para alguns tipos de cefaléia, estabilizadores de humor topiramato, para hipnose, para epilepsia, controle de úlceras pépticas, pressão sanguínea alta, distúrbios do sono. Nos primeiros anos de uso dos barbitúricos não se sabia que poderia causar dependência, mas já havia inúmeras pessoas dependentes. Hoje há normas e leis que dificultam uma pessoa a obter esse composto.

Os barbitúricos provocam dependência física e psicológica, diminuição em várias áreas do cérebro, depressão na respiração e no sistema nervoso central, depressão na medula, depressão do centro do hipotálamo, vertigem, redução da urina, espasmo da laringe, crise de soluço, sedação, alteração motora. Os barbitúricos causam dependência, desenvolvimento de tolerância e síndrome de abstinência.

A abstinência requer tratamento médico e hospitalização já que leva a pessoa a ter hipotensão arterial, transpiração excessiva, náuseas, vômitos, hiperatividade dos reflexos, ansiedade, apreensão, taquicardia, tremor corporal, abalos musculares.

Se a abstinência tiver importância grave pode ocorrer convulsão, obnubilação, alucinações visuais, desorientação e delírios. Podemos citar alguns tipos de medicamentos com barbitúricos.

São eles:

- ✓ amytal,
- ✓ veronal,
- ✓ butisol,
- ✓ gardenal,
- ✓ luminal,
- ✓ evipal,
- ✓ mebaral,
- ✓ nembutal,
- ✓ seconal,
- ✓ urital e
- ✓ delvinal.

Obs.: Tais medicamentos têm ação dos barbitúricos variadas que variam de ação curta, intermediária e prolongada.

ANTIEPILEPTICOS, NEUROLÉPTICOS

Um anticonvulsivo (também chamado de anticonvulsivante, estabilizante de humor ou antiepilético) é uma classe de fármacos utilizada para a prevenção e tratamento das crises convulsivas e epiléticas, neuralgias e também no tratamento de transtornos de humor, como transtorno bipolar e ciclotimia.

Os anticonvulsivos funcionam suprimindo a ativação rápida e excessiva dos neurônios durante convulsões e também evitam que a convulsão se espalhe pelo cérebro. Alguns pesquisadores observaram que os anticonvulsivos podem diminuir o QI em crianças, porém efeitos colaterais como esse devem ser comparados com o risco que as crises convulsivas em crianças carregam, como o risco de sequelas neurológicas e morte.

Fármacos anticonvulsivos podem atuar bloqueando os canais de sódio ou intensificar a função do ácido gama-aminobutírico. Vários anticonvulsivos possuem mecanismos de ação múltiplos ou desconhecidos.

Uma série de matérias para os anticonvulsivos, elaborados com gorduras, derivados de frutose, ureia, triazinas, valprolamidas, entre outros.

Aldeídos

Paraldeído: usado particularmente onde não há métodos de ressuscitação disponíveis ou quando a respiração do paciente está comprometida pois, diferente do diazepam e de outros benzodiazepínicos, não suprime a respiração em doses terapêuticas.

Barbitúricos

Barbitúricos são fármacos que agem como depressores do sistema nervoso central e por conta disso, produzem um amplo espectro de efeitos, desde sedação até anestesia.

Fenobarbital

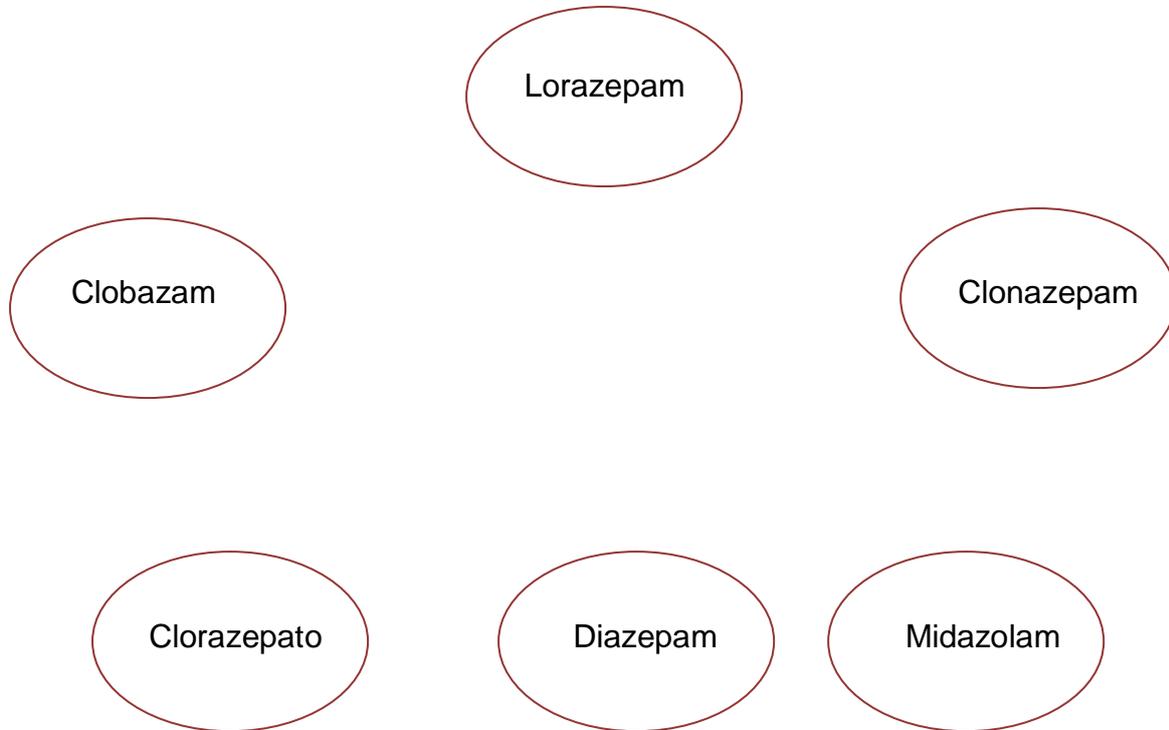
Metilfenobarbital

Barbexaclona

Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são fármacos com propriedades hipnóticas, ansiolíticas, anticonvulsivas, amnésicas e de relaxamento muscular. Agem como depressores do sistema

nervoso central. A potência relativa de cada um desses fármacos varia bastante e influencia as indicações do fármaco. Uso a longo-prazo pode ser problemático devido ao desenvolvimento de tolerância aos efeitos anticonvulsivos e dependência.



Carboxamidas

- ✓ Carbamazepina
- ✓ Oxcarbazepina
- ✓ Eslicarbazepina

Ácidos graxos

- ✓ Valproatos — ácido valpróico, valproato de sódio, valproato semi-sódico.
- ✓ Vigabatrina
- ✓ Progabida

Derivados da frutose

- ✓ Topiramato

Análogos do ácido gama-aminobutírico

- ✓ Gabapentina
- ✓ Pregabalina

Hidantoínas

- ✓ Fenitoína
- ✓ Etotoína
- ✓ Mefenitoína

Pirrolidinas

- ✓ Brivaracetam
- ✓ Levetiracetam
- ✓ Seletracetam

Triazinas

- ✓ Lamotrigina

Obs.: Todos os anticonvulsivantes tem risco de deformidades entre 2% e 16%, mas a epilepsia em si também aumenta dobra ou triplica o risco. Em um grupo de mais de 500 mulheres com epilepsia que não tomavam nenhum medicamento anticonvulsivante a incidência foi de 8,5% de deformidades fetais. Quanto mais graves as crises maior o risco. O risco é maior se está associado a outros anticonvulsivantes chegando a 25% quando se tomam 4 anticonvulsivantes simultaneamente.

**FARMACODEPENDÊNCIA:
TOLERÂNCIA E SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA**

Síndrome de abstinência é um conjunto característico de sinais e sintomas que ocorrem após a interrupção (ou, em alguns casos, diminuição) do consumo de uma droga, seja ela um medicamento ou uma droga de abuso.

O quadro clínico de uma dada síndrome de abstinência varia de acordo com a droga consumida. A identificação do tipo da droga usada é importante para o correto tratamento, mas o abuso de mais de um tipo de droga é comum.

Algumas drogas atuam como neurotransmissores externos, substituindo os neurotransmissores orgânicos, que "desligam". Se a droga é cortada abruptamente, os processos químicos que permitem a comunicação entre os neurônios são interrompidos, cortando a comunicação do sistema nervoso com o resto do corpo, o que pode, no limite, levar o indivíduo em abstinência à morte. A heroína, principalmente, tem esse efeito. O álcool, a maconha e a cocaína também atuam como neurotransmissores externos, mas em menor intensidade, de modo que as crises de abstinência costumam ser menos graves.

A instalação de uma síndrome de abstinência tende a ser mais rápida no caso de drogas de meia-vida mais curta. Seu curso tipicamente varia de alguns dias a duas semanas, mas descrevem-se sintomas que podem persistir por meses, no caso do álcool, do tabaco ou da cocaína (síndrome de abstinência prolongada).

Os sintomas, que estão ligados aos danos causados ao cérebro, apresentam-se durante o estado de sobriedade e podem ser descritos como dificuldade de concentração, problemas de memória, reação emocional exagerada ou apatia, distúrbios ou alterações do sono, problemas de coordenação motora e sensibilidade ao stress. A síndrome de abstinência prolongada pode desencadear recaídas com frequência, mas seus sintomas, geralmente, podem ser revertidos.

A síndrome de abstinência do álcool começa poucas horas depois da interrupção do consumo e pode cursar com insônia, tremores, ansiedade, disforia, náusea ou vômitos, inquietação, agitação, aumento da sudorese, aumento da frequência cardíaca e outros sinais de hiperatividade do sistema nervoso autônomo.

Quando mais grave, pode evoluir para convulsões e delirium tremens. Sua gravidade costuma ser proporcional à quantidade de álcool ingerido em 24 horas e ao número de episódios prévios.

A síndrome de abstinência de opioides cursa com dilatação pupilar, lacrimejamento, rinorreia, bocejos, espirros, anorexia, dores abdominais, náusea,

vômitos, diarreia e piloereção. Não causa convulsões nem delírium. Mas, no caso da heroína, por exemplo, a interrupção abrupta da droga pode levar o dependente químico à morte por parada cardíaca, insuficiência respiratória ou desidratação. Isso porque a droga funciona como um neurotransmissor externo, substituindo os neurotransmissores orgânicos na comunicação entre o sistema nervoso e o resto do organismo.

Os neurotransmissores orgânicos "percebem" que há um neurotransmissor externo atuando, e "desligam". Quando a heroína é cortada abruptamente, os processos químicos que permitem a comunicação entre os neurônios são interrompidos; a comunicação do sistema nervoso com o resto do organismo é cortada. Isso afeta diretamente os músculos, o sistema cardiorrespiratório e o sistema digestivo.

No Brasil, a pessoa dependente de heroína que apresente um quadro de abstinência, deve ser encaminhada a um serviço de emergência médica para ser tratada com doses regulares de metadona, único medicamento que pode ser usado no país para o tratamento do dependente químico dessa droga.

O dependente de crack quase não come, nem dorme, o que ocasiona um rápido processo de desnutrição e emagrecimento que é mais intenso que o produzido pela cocaína. Um adulto dependente de crack pode perder até dez quilos em apenas um mês. Além disso, a pessoa se torna negligente nos cuidados do próprio corpo. Neurologicamente, o uso do crack pode levar a dores de cabeça, tonteados, inflamações dos vasos cerebrais etc.

A alta temperatura da fumaça do crack pode causar lesões na laringe, traqueia e brônquios, o que propicia o aparecimento da pneumonia e da tuberculose. Normalmente há tosse, dor no peito, falta de ar e escarro sanguinolento.

Além disso, o crack provoca a liberação de adrenalina, aumento da frequência cardíaca, elevação da pressão arterial, arritmias e, eventualmente, isquemias e infarto agudo do miocárdio. O crack também provoca náuseas, perda do apetite, flatulência, dor abdominal e diarreia. Podem, ainda, ocorrer quadros psiquiátricos graves, como delírios, alucinações, paranoias etc..

A chamada "fissura" (craving) e sintomas paranóides transitórios são os principais componentes do quadro de abstinência do crack. A "fissura" é frequentemente referida como uma necessidade imprescindível para o corpo, indispensável à vida, e descrita como uma vontade "pior que a fome".

A abstinência causa grande sofrimento físico e psíquico; o indivíduo é tomado por grande ansiedade e pensamentos obsessivos sobre as maneiras de obter a droga. O indivíduo não consegue ficar parado: "o corpo dói, a mente dói, o coração gela, a boca do estômago trava". O objetivo da procura obcecada por crack não é somente obter prazer, mas também aliviar seu mal-estar. Os contornos obsessivos da "fissura" pelo crack tiram do indivíduo a sua capacidade de escolha e o seu discernimento, embora ele seja consciente da sua degradação física e moral. Devido às semelhanças sintomáticas entre a dependência e o transtorno obsessivo-compulsivo, ambos dividem etiologia similar.

Embora as mortes durante o processo de desintoxicação sejam frequentes, não há relação comprovada entre a morte de usuários de crack (mistura da pasta-base de cocaína refinada com bicarbonato de sódio e água) e a abstinência da droga, diferentemente do que ocorre no caso de dependentes de álcool e de heroína. Segundo os especialistas, essas mortes seriam causadas pela associação da dependência química com inanição ou outras doenças.

Em 1999, pesquisadores da Unifesp publicaram o resultado de um estudo clínico baseado em relatos espontâneos de usuários de crack submetidos à sua primeira avaliação psiquiátrica, na qual reportaram o uso de maconha para aliviar os sintomas da abstinência. Durante nove meses, os pesquisadores monitoraram 25 pacientes, com idades entre 16 e 28 anos, fortemente dependentes do crack, conforme diagnosticado mediante aplicação da Composite International Diagnostic Interview (CIDI) e conforme os critérios da CID-10 e do DSM-IV. Segundo os pesquisadores, 17 (68%) desses indivíduos pararam de usar o crack e relataram que o uso da cannabis havia aliviado os sintomas da "fissura" (craving) e produzido mudanças subjetivas e comportamentais, ajudando-os a superar a dependência do crack.

A ibogaína também é uma droga promissora no tratamento da dependência do crack, em alguns casos. Mas "tratar dependência é algo complexo, é algo que não se resolve num estalar de dedos", diz o psiquiatra Dartiu Xavier da Silveira, líder de uma equipe da Universidade Federal de São Paulo que está pesquisando o uso da substância no tratamento de dependentes químicos. A ibogaína é produzida a partir da raiz da iboga, uma planta arbustiva da família das Apocináceas nativa da África Central e tradicionalmente usada em rituais religiosos.

A síndrome de abstinência de estimulantes como a cocaína e as anfetaminas assemelha-se a um episódio depressivo, cursando com cansaço, hipersonia, humor depressivo ou irritável e variação do apetite.

Não há necessariamente um padrão de consumo diário de cocaína. É característico o binge (isto é, o uso intenso, repetido em intervalos muito curtos), alternado com pequenos períodos de redução do consumo ou de abstinência, sem a intenção de abandonar definitivamente o uso da droga. Uma vez cessada a euforia proporcionada pela substância, sobrevém a depressão. Assim, durante a abstinência, períodos de desejo intenso pelo consumo da cocaína (craving ou "fissura") e outros sintomas de abstinência, tais como fadiga, anedonia e depressão, acabam por levar o indivíduo a voltar ao uso da droga, estabelecendo o círculo vicioso da dependência química. Estudos com pacientes mostram que os níveis dopaminérgicos extracelulares caem e não são normalizados antes de um período de 12 horas, sendo que o grau de supressão da liberação de dopamina é proporcional ao número de horas de uso prévio contínuo da cocaína. Estudos com animais demonstram o envolvimento de outros mecanismos nesse processo, tais como a deficiência na neurotransmissão serotoninérgica. Uma síndrome de abstinência bem definida é observada em muitos usuários crônicos ou mesmo naqueles que utilizam a droga durante poucos dias, em binge.

A abstinência de cocaína ocorre tipicamente em três fases, em que se observa a progressão dos sinais e sintomas que seguem à cessação do uso da droga:

Crash, isto é, uma drástica depressão de humor e redução de energia que ocorre entre 15 e 30 minutos após cessado o uso da droga e pode durar de oito horas a até quatro dias. O crash está associada à depleção de neurotransmissores na fenda sináptica em decorrência do uso da cocaína. O usuário pode sentir depressão, ansiedade, paranóia e um intenso desejo de consumo da droga, que diminui depois de uma a quatro horas, quando a "fissura" pelo uso da droga é substituído pela "fissura" pelo sono: instala-se então uma hipersonia, com aversão ao uso de mais cocaína. O indivíduo desperta algumas vezes para comer, ingerindo grande quantidade de alimento, e volta a dormir.

Síndrome disfórica tardia: inicia-se após o crash, isto é, entre 12 e 96 horas após cessado o uso, podendo durar de duas a 12 semanas. Nos primeiros quatro dias, o indivíduo apresenta forte sonolência e intenso desejo pelo consumo da droga. Após esse período inicia-se uma síndrome de abstinência prolongada, disfórica, marcada por anedonia, irritabilidade e apatia, além da "fissura" (craving), de intensidade variável conforme o indivíduo. O usuário pode ficar deprimido, apresentar problemas de memória e manifestar ideação suicida. Nessa fase os riscos de recaída são maiores, dada a dificuldade do indivíduo em suportar os sintomas disfóricos da "fissura" (ansiedade, depressão, inquietude).

Fase de extinção: fase em que os sintomas disfóricos diminuem ou cessam por completo. A "fissura" passa a ocorrer de forma intermitente, tendendo a diminuir de intensidade, ao longo de meses ou, até mesmo, anos.

A severidade da síndrome de dependência e de abstinência de cocaína depende da intensidade do consumo anterior e da presença de transtornos psiquiátricos comórbidos. A maior dificuldade é superar o craving, que pode ser de dois tipos: anedônico e condicionado.

O anedônico tem como fonte a incapacidade de ter prazer e gera o desejo pelo efeito estimulante da droga. O condicionado é desencadeado por estímulos ambientais que fazem o indivíduo recordar-se de momentos em que vivenciou sensações euforizantes. Apesar de todas as dificuldades, a síndrome de abstinência de cocaína não chega a colocar em risco a vida usuário, sendo considerada segura quando conduzida com conhecimento técnico e em ambiente adequado.

Analgésicos para dor, ansiolíticos para relaxar, comprimidos de anfetamina para conter o apetite e o prenúncio de um vício que pode ser tão perigoso quanto o das drogas ilícitas: a farmacodependência.

As pessoas compram sob influência da mídia e de amigos. Em razão dessa congruência de fatores, são registrados, anualmente, de acordo com a pesquisadora, cerca de 26 mil casos de intoxicação por medicamento no Brasil.

O leque atual de opções farmacoterapêuticas é enorme, se comparado com o conjunto de medicamentos disponíveis até meados do século passado. Esse incremento no portfólio, contudo, tem aspectos positivos: tornou possível ampliar o sucesso no tratamento de várias doenças e impactou positivamente na redução da mortalidade infantil e no aumento da expectativa de vida.

E se há benesses, as pessoas também devem colaborar com o lado do desventurado amplo leque de medicamentos, não os utilizando de forma abusiva e inadequada, o que aumenta o risco de efeitos adversos, inclusive os letais.



As pessoas têm muita dificuldade de suportar as dores, sejam elas físicas, psíquicas ou espirituais.

A dependência psíquica é revelada em pessoas com personalidades Farmacodependência predisponentes, ou seja, com maior suscetibilidade à dependência, pois apresentam personalidade frágil, ou ego mal formado, ou dificuldade de tolerar frustrações, ou atração por pensamentos mágicos e irrealis, procurando situações de ilusão em detrimento de situações reais ou, ainda, forte tendência hedonista, colocando o prazer acima de tudo.

O grande equívoco da maioria das pessoas quando se fala em vício é pensar que ele só ocorre com drogas ilícitas ou substâncias como álcool e nicotina. Longe de pensar que o remédio prescrito pelo seu médico pode ter efeitos tão devastadores quanto, mas isso é mais comum do que imaginamos. A propensão para o vício é maior para três classes de medicamentos: estimulantes, normalmente prescritos para pessoas com déficit de atenção; opióides, que servem para o tratamento de fortes dores; e tranquilizantes ou sedativos, utilizados para o tratamento de transtornos de sono ou de ansiedade.

Quando os remédios prescritos são utilizados pelo tempo correto e na dose exata indicada pelo médico, não há problemas. O que pode ocorrer, no entanto, é o abuso nas doses dessas substâncias pelo próprio paciente ou até sua ingestão irregular por familiar que tenha acesso fácil à droga. Existem alguns comportamentos que indicam o vício em medicamentos:

Necessidade de prescrições frequentes, podendo até consultar mais de um médico para conseguir várias receitas;

Utilização de artifícios para conseguir novas prescrições, afirmando que perdeu a receita anterior, por exemplo;

Consumo do remédio em quantidade maior que a indicada;

Furto de receitas de outras pessoas e até falsificação desses documentos;

Busca pelos medicamentos para compra via internet, às vezes por meios ilícitos e de fontes duvidosas.



O tratamento deve ser acompanhado por um profissional, na medida em que a súbita retirada dos medicamentos pode resultar em sérias complicações, como convulsões, por exemplo, podendo até por em risco a vida do paciente.

A abordagem comportamental para esses casos é feita de forma individualizada ou inserindo o paciente em terapias de grupo ou familiares. A técnica cognitiva-comportamental, em suas várias abordagens, é a mais indicada para o trabalho com estes dependentes. Com ela, o usuário é orientado a identificar e a corrigir problemas comportamentais e emocionais que levam ao uso da substância. Também é feito um trabalho de substituição da motivação interior, que leva o paciente a descobrir novas formas mais saudáveis de buscar a solução para os conflitos internos.

O alcoolismo é uma doença que vem crescendo cada dia mais no país e tem matado cada vez mais, tanto os alcoólatras, quanto pessoas inocentes, além de afetar muito a convivência familiar.

As pessoas se tornam alcoólatras muitas vezes porque confundem o “beber socialmente” com “só mais uma”. Ao longo do tempo, a pessoa nem percebe essa sutil diferença.

Apesar de não se dar conta, o alcoólatra costuma perder:

- ✓ Noções de reflexo;
- ✓ Coerência dos pensamentos;
- ✓ Memórias, ao longo do tempo;
- ✓ Convivência social;
- ✓ Convivência em família.

Além disso, o alcoólatra se sente mais confiante e corajoso, dessa forma, ele costuma criar problemas com qualquer pessoa, pois perde o senso de certo e errado e acredita que só ele está certo.

A cocaína é uma das drogas mais populares, especialmente entre jovens de 18 a 25 anos, sendo a segunda droga mais traficada no mundo. Seus efeitos são apreciados por trazerem uma rápida sensação de euforia, mas que é seguida por um pico negativo de abstinência, o que faz com que o usuário busque novamente a droga, formando um círculo vicioso que pode levar até a mortes por overdose. Outra forma de encontrar a droga é em pedras, conhecidas como crack, cujo poder viciante é inúmeras vezes maior que sua forma em pó.

A cocaína altamente viciante. Estima-se que cerca de 17% das pessoas que testam a droga uma única vez já desenvolvem algum grau de dependência, quadro que vai se agravando no decorrer do tempo. Existem alguns comportamentos desenvolvidos pelo viciado que podem auxiliar na identificação do problema:

Deixar de frequentar escola, trabalho e outros compromissos devido à falta de concentração;

Agressividade e perda do senso de julgamento decorrentes da ansiedade gerada pela abstinência;

Desestabilidade emocional e financeira, podendo até começar a furtar objetos da própria residência para manter o vício;

Crises de pânico, paranoia e alucinações;

Distanciamento da família e das amizades.

O mais preocupante é que, por vezes, a droga não é usada sozinha. Normalmente é utilizada para se manter alerta quando há o consumo excessivo de álcool, e posteriormente associada ao uso de drogas calmantes, como heroína, quando o usuário deseja um efeito relaxante. Por isso é tão importante identificar os sintomas o mais cedo possível e dar início ao tratamento.

Não existe um medicamento específico para o tratamento da dependência da cocaína, na medida em que cada corpo responde quimicamente de uma forma diferente à abstinência do uso da droga, e isso será avaliado por um profissional, caso a caso. Isso, aliado à efetiva desintoxicação acompanhada por especialistas, é o que torna o tratamento mais eficaz, pois os sintomas de abstinência costumam ser severos.

Os primeiros dias que se seguem à última dose são os mais complicados, pois o usuário tem dificuldade para relaxar e dormir por pelo menos 40 horas da última ingestão, sendo tomado por um estado de fadiga e letargia.

Assim que consegue restabelecer uma rotina de sono, o paciente vai, aos poucos, voltando à rotina, e experimenta pouca necessidade de reutilização da droga. Mas logo esses desejos voltam à tona, e essa fase é especialmente delicada, pois, se desassistido, é nessa hora que o indivíduo volta a buscar conforto na substância, e normalmente o fará escondido.

Drogas sintéticas:

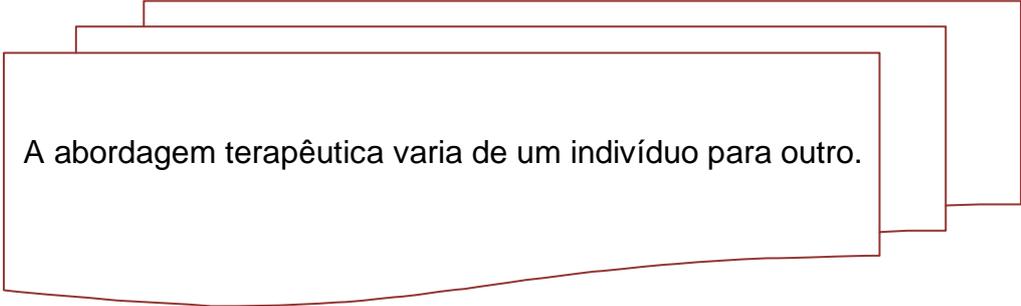
Geralmente oferecidas como substâncias menos prejudiciais ao organismo e que não causam dependência, as drogas sintéticas são produzidas em laboratórios via processos químicos, cujos componentes, ao contrário das drogas comuns, não são encontrados na natureza. Anfetaminas, LSD e anabolizantes são alguns exemplos, e não se engane: elas são drogas como qualquer outra, e seus efeitos são tão avassaladores quanto.

O problema das drogas sintéticas é que muitas delas não estão sujeitas a qualquer controle, e podem ser adquiridas inclusive pela internet, mas podem ser tão perigosas quanto as drogas comuns. Dentre seus efeitos estão agitação severa, ansiedade, náuseas e vômitos, paranoia e alucinações, taquicardia e elevação da pressão sanguínea.

Outros sintomas comuns do abuso dessas drogas são agressividade severa, incluindo tentativas de assassinato, tendências suicidas, comportamentos autodestrutivos e euforia exagerada. Se alguém apresenta esses sintomas, vale investigar se decorrem de consumo de alguma substância sintética, e buscar tratamento imediatamente.

Como as drogas sintéticas são criadas em laboratório, elas possuem inúmeros componentes que não são facilmente identificáveis. Algumas delas, inclusive, têm suas substâncias modificadas regularmente, a fim de evitarem a fiscalização. Isso dificulta o tratamento, uma vez que, em um primeiro momento, é necessário identificar qual é a substância utilizada. As abordagens do tratamento também devem ser utilizadas, vez que os motivos que levam o paciente ao vício nessas substâncias variam muito.

O tratamento deve ser acompanhado por um profissional, e inclui tanto o processo de detoxificação quanto o acompanhamento de fatores psicológicos e comportamentais que devem ser solucionados. Caso necessário, são introduzidos medicamentos para controlar os sintomas de abstinência e aliviar o processo, para não causar ansiedade desnecessária. Nos casos mais graves, em que o paciente simplesmente não consegue ficar sem a droga, ele deve ser internado.



A abordagem terapêutica varia de um indivíduo para outro.

A Farmacodependência é uma doença reconhecida pela Organização Mundial de Saúde e se trata de uma doença crônica, ou seja: o indivíduo é afetado a nível físico, mental, emocional e espiritual.

Como forma de tratar certos sintomas do Stress, Depressão, Ansiedade, etc., existe uma tendência cultural para o consumo de substâncias que alteram o humor, e eles causam dependência quando usados de forma incorreta.

Agressividade, queda no rendimento escolar/trabalho, lesões no sistema nervoso....Iguazinho às drogas ilícitas, como a cocaína por exemplo.

Ao invés de servir para o tratamento, a droga passa a agir com uma muleta, inclusive com sintomas de abstinência.

A dependência é caracterizada pelo abuso recorrente de remédios sujeitos a receita médica. O dependente passa a não seguir as orientações médicas quanto a dosagem e tempo de uso.

Muitas pessoas hoje dependentes de substâncias ilícitas como cocaína, crack, começaram o abuso com fármacos.

Está muito ligada também a dependência do Álcool. É o que chamamos de dependência cruzada.

Toxicodependência ou toxicodependência são termos genéricos que designam toda e qualquer modalidade de vício bioquímico por parte de um ser humano ou a alguma droga (substância química) ou à superveniente interação entre drogas (substâncias químicas), causada ou precipitada por complexo de fatores genéticos, biofarmacológicos e sociais, incluídos os econômico-políticos.

Considera-se, no domínio das ciências médicas conjugadas com as ciências sociopolíticas, ser "drogadição" o termo preferível para referir quer a dependência, quer a farmacodependência, quer a toxicomania, na hipótese de se poder inferir aí uma gradação, o que usualmente acontece, na maioria dos casos. Com efeito, sob a óptica de inclusão versus exclusão social, falar em drogadição é politicamente (lato sensu) preferível a citar diretamente alguma das modalidades. E, numa compreensão diagnóstica generalista, qualquer investigação clínica começa pelos aspectos gerais, definindo-se, na seqüência, especificidades.

Drogadição significa adição a drogas, conforme o Dicionário Aurélio século XXI. Sua etimologia tem a seguinte explicação: "Adicto, do latim addictu, é um adjetivo, que significa:

Afeiçoado, dedicado, apegado.

Adjunto, adstrito, dependente.

Em medicina é quem não consegue abandonar um hábito nocivo, mormente de álcool e drogas, por motivos fisiológicos ou psicológicos.

Constata-se, no estudo de comportamentos relacionados à drogadição, que todas as acepções acima descritas são-lhe aplicáveis, de forma conjunta e sinérgica.

Adição psíquica refere-se à necessidade de usar certa droga para obter alívio das tensões, sensação de bem estar. Caracteriza-se por fenômenos cognitivos, com busca recorrente pelos efeitos iniciais do uso. Adição psíquica (ou dependência psicológica) normalmente age no cérebro e produz um ou mais dos efeitos: redução da ansiedade e a tensão; euforia ou outras mudanças agradáveis do humor; impressão de aumento da capacidade mental e física e alterações da percepção sensorial sobre a própria dependência química em ação na pessoa.

Os sintomas mais comuns são a ansiedade, a sensação de vazio, as dificuldades de concentração, os quais, contudo, podem variar em extensa gradação, na intensidade e no tipo, de pessoa para pessoa.

Dependência física é um estado de adaptação do corpo a uma droga, que suscita distúrbios físicos se o uso da droga é interrompido. Significa uma perda de controle sobre o uso da substância, criando um estado chamado de craving (em tradução livre — "ânsia"). A influência do tempo de uso da droga no usuário depende de vários fatores: forma de uso, compleição física do indivíduo, bem como sua carga genética.

O uso de uma droga em quantidades e frequências elevadas faz o organismo criar, por homeostase, meios de defesa, causando adaptação tal à droga que, na falta, funciona mal. É a síndrome de abstinência.

A toxicomania (do latim toxīcum, por sua vez do grego τοξικόν, «veneno» + mania, do grego μανία, «estado de loucura») caracteriza-se pelo uso excessivo e repetido de uma ou mais drogas (como analgésicos e psicotrópicos) sem efetiva necessidade ou justificação terapêutica.

Segundo a Organização Mundial da Saúde a "definição estrita da toxicomania" compreende os quatro elementos seguintes:

- (1) um compulsão de consumir o produto;
- (2) uma tendência de aumentar as doses;

(3) uma dependência psicológica e/ou física do(s) produto(s);

(4) o surgimento de conseqüências nefastas sobre a vida cotidiana da pessoa (emotivas, sociais, econômicas etc.).

Cabe inicialmente uma distinção extremamente importante na clínica: a diferenciação entre o usuário recreativo e o dependente de drogas. Embora a fronteira entre estas duas categorias não seja nítida, alguns elementos podem nos guiar nesta discriminação: a grande maioria dos usuários de droga não é e nunca vai ser dependente do produto; na grande maioria das vezes a droga é procurada como fonte de prazer tanto pelo usuário como pelo dependente; o dependente de drogas é um indivíduo para quem a droga passou a desempenhar um papel central na sua organização psíquica, na medida em que, através do prazer, ocupa lacunas importantes, tornando-se assim indispensável ao funcionamento psíquico daquele indivíduo (ou seja, um dependente, ao contrário do usuário, não pode prescindir da sua droga).

Outro ponto fundamental a ser destacado é a especificidade da dependência humana: o ser humano busca ativamente a droga, enquanto que um animal só se torna farmacodependente através das mãos do homem. Esta constatação é importante para que o fenômeno dependência não seja, de forma extremamente simplista, reduzido a seus aspectos biológicos.



Leitura Complementar:

Livro: Psicofarmacologia - Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas (4.^a Edição)

Editora: GUANABARA KOOGAN

Autor: de Stephen M. Stahl

A abstinência de drogas neonatais ocorre quando um bebê que foi exposto a drogas no útero tem sintomas de abstinência. Isso acontece porque o bebê não está mais exposto ao medicamento que a mãe estava tomando. Medicamentos, álcool e drogas ilegais podem causar essa condição. Pode levar de semanas a meses para que os sintomas de abstinência de um bebê desapareçam. Sem tratamento, pode ser uma condição com risco de vida. Se você usou drogas durante a gravidez, não deixe de avisar imediatamente o médico.

Esses fatores aumentam a probabilidade de o bebê desenvolver essa condição. Informe o seu médico se tiver algum dos seguintes fatores de risco:

- ✓ Abuso de drogas ou álcool durante a gravidez
- ✓ Dependência ou uso de drogas

Dependendo do tipo de droga e da intensidade da exposição, os sintomas podem ser observados dentro de um período que pode variar entre algumas horas e alguns dias após o nascimento. Se o seu bebê tiver algum destes sintomas, não assuma que é devido a esta condição. Estes podem ser causados por outras condições. Algum destes sintomas:

- ✓ Irritabilidade
- ✓ Má alimentação
- ✓ Dificuldades para amamentar
- ✓ Diarréia
- ✓ Vômito
- ✓ Choro afiado
- ✓ Choro excessivo
- ✓ Suor
- ✓ Respiração acelerada
- ✓ Tremor
- ✓ Dificuldade para dormir
- ✓ Bocejos
- ✓ Espirros
- ✓ Congestão nasal (dificuldade em respirar pelo nariz)
- ✓ Aumento do tônus muscular
- ✓ Febre
- ✓ Convulsões

Medicamentos: O bebê pode receber remédio para ajudar na abstinência. Os medicamentos irão variar dependendo do medicamento que o bebê parou de receber.

Os sintomas da abstinência alcoólica podem variar de intensidade a depender do paciente, da quantidade de álcool ingerida ao longo da vida e de outros fatores como idade e predisposição genética.

Os sintomas da abstinência de álcool podem ser desde moderados até muito graves, com grande risco de levar o paciente ao óbito, e costumam começar logo quando a pessoa desperta, de manhã. Isso ocorre porque a concentração de álcool no sangue diminui durante o sono.

Confira os principais sinais e sintomas desenvolvidos por uma pessoa com síndrome de abstinência alcoólica:

- ✓ Ansiedade

- ✓ Depressão
- ✓ Falta de clareza de raciocínio
- ✓ Irritabilidade e nervosismo
- ✓ Fadiga
- ✓ Oscilações de humor
- ✓ Pesadelos
- ✓ Anorexia e outros distúrbios alimentares
- ✓ Pele viscosa
- ✓ Dor de cabeça
- ✓ Agitação
- ✓ Insônia
- ✓ Pupilas do olho dilatadas
- ✓ Náuseas e vômito
- ✓ Taquicardia
- ✓ Sudorese
- ✓ Tremores
- ✓ Diarreia
- ✓ Confusão mental
- ✓ Febre
- ✓ Convulsão
- ✓ Hipertensão
- ✓ Ataques de pânico
- ✓ Alucinações

A fãrmaco dependência é uma doença de significativa atenção e que tem tratamento similar a dependência de outras substâncias, levando-se em consideração que o paciente passará por período de desintoxicação, grupos terapêuticos intensivos, manejos de tratamento individual com base na Terapia Cognitivo Comportamental, atendimento psiquiátrico (fundamental) e em muitos casos associação com outros modelos de tratamento.

O número de pessoas que consomem substâncias psicoativas que criam dependência está aumentando em quase todo mundo.

FARMACODEPENDÊNCIA E PSICOFARMACOLOGIA

As pessoas podem desenvolver dependência psíquica, física ou mista com respeito à uma determinada substância. Uma pessoa tem dependência física quando ao suprimir o uso da substância ocorrer o que se chama “craving” (busca ansiosa pelo produto).

Para que isto se produza deve dar-se um processo de tolerância, que consiste em um estado de adaptação funcional do organismo, fazendo-se necessário aumentar a dose para obter o mesmo resultado, ou seja, se reduz a reação à uma droga depois de administrá-la repetidamente.

Ante a supressão da substância, as pessoas fisicamente dependentes sofrem do que se chama de “síndrome de abstinência”, que consiste em um mal estar clinicamente significativo, ou a deterioração das atividades profissional e social. A síndrome se apresenta ante a supressão brusca da droga ou redução importante da dose, e não ante a redução progressiva.

A farmacofobia é a resistência ao consumo de medicamentos. Estas pessoas não seguem a prescrição médica e correm o risco de submeter-se a curandeiros, além disso podem utilizar práticas paramédicas com os seus filhos.

As dominantes entram na vida do paciente de forma insubstituível, as associadas por sua vez, podem entrar e sair rapidamente, porque são utilizadas de forma complementar. A cocaína ocupa o primeiro lugar como droga dominante e o último lugar entre as associadas, o que significa que se um paciente a consome como complemento à outra droga, a dependência que provoca é tão forte que passa a ser dominante. As benzodiazepinas e a maconha podem ser consideradas como drogas associadas.

As benzodiazepinas são psicofármacos com efeitos depressores. São produzidas por síntese química e podem assumir a forma de comprimidos, cápsulas ou, menos frequentemente, a de ampolas ou supositórios. Costumam ser conhecidas pelos nomes dos seus fabricantes, como por exemplo valium, rohipnol, buprex, mandrax, artane, etc. A via de administração mais habitual é a oral, sendo que a intravenosa é também comum.

—————→ São utilizadas com fins terapêuticos no tratamento da ansiedade e insônias.

Facilitam a ação do ácido gamma-aminobutírico (GABA) sobre os seus receptores. O GABA é um neurotransmissor inibidor em quase todos os núcleos do Sistema Nervoso Central. Tem efeitos a nível ansiolítico, relaxante, anti-convulsivo ou hipnótico. Ablanda as mensagens de e para o cérebro, incluindo as respostas físicas, mentais e emocionais.

Quando combinadas com o álcool, as benzodiazepinas poderão ter o seu efeito acentuado, sendo que esta combinação pode provocar uma overdose. No entanto, as benzodiazepinas quando consumidas de forma isolada possuem uma toxicidade muito baixa e, conseqüentemente, uma grande margem de segurança, o que reduz o risco de morte. De fato, as tentativas de suicídio com benzodiazepinas não costumam ser bem sucedidas, exceto quando são combinadas com outras substâncias como o álcool.

Existe tolerância às benzodiazepinas, mas esta não é muito acentuada. Quando consumidas durante vários meses, esta tolerância aumenta, provocando dependência física e psicológica.

Para não ser perigosa, a interrupção do consumo deve ser efetuada gradualmente. A síndrome de abstinência varia consoante a duração da ação das benzodiazepinas e pode manifestar-se pelo aumento da ansiedade, insônia, irritabilidade, náuseas, dor de cabeça, tensão muscular, tremores, palpitações ou disforia.

Os efeitos do consumo abusivo destes fármacos para a saúde são passíveis de contemplar problemas graves no fígado, surtos psicóticos e um vasto leque de outras conseqüências e complicações.

A possível euforia motivada pela energia das anfetaminas é susceptível de intercalar com estados de profunda depressão, quando falta essa energia.

Há quem necessite de consumir farmacos, para conseguir cumprir com a totalidade das suas ações diárias – um comprimido para acordar, um para tomar duche, um ao pequeno-almoço para abrir o apetite, um outro ao almoço para o perder, um para andar mais depressa seguido de um outro para acalmar... e por aí fora até chegar à noite, quando consome aquele/s que lhe há de trazer o sono.

Fármaco deriva do termo grego *pharmakon*, que tanto pode significar veneno como remédio, literalmente “aquilo que tem o poder de transladar as impurezas”. Entre os gregos, vítimas dos sacrifícios oferecidos aos deuses eram chamadas de *pharmakó*, e o alimento utilizado durante as cerimônias de comunhão, *phármakon*. Essa última palavra passou a integrar a terminologia médica grega e chegou até nossos dias com o nome de fármaco. Para os gregos, *phármakon* era aquilo que poderia trazer tanto o bem quanto o mal, manter a vida ou causar a morte.

Na terminologia farmacêutica, fármaco designa uma substância química conhecida e de estrutura química definida dotada de propriedade farmacológica. Em termos correntes, a palavra fármaco designa todas as substâncias utilizadas em Farmácia e com acção farmacológica, ou pelo menos

com interesse médico. Por convenção, substâncias inertes (como excipientes) não são considerados fármacos.

Obs.: De acordo com esta definição, fármaco designa qualquer composto químico que seja utilizada com fim medicinal, o que torna a sua distinção de medicamento bastante sutil.

Classificação dos fármacos:

Quanto à origem

1. Natural

Biosíntese→ o fármaco é originado a partir da ingestão e absorção do fármaco para o tecido alvo. Com variações de tecido para tecido

Biotransformação→ o fármaco é "finalizado" por um ser vivo ou parte dele. Ex: anticoncepcional.

Biologia molecular→ um organismo recebe informação genética que não possuía e com ela nos dá o fármaco (insulina obtida a partir de bactérias com o nosso código genético).

2. Animal

3. Vegetal

4. Artificial

Síntese→ o fármaco é construído pelo homem partir de pequenas estruturas e com metodologias mais pesadas (altas temperaturas)

Semi-síntese→ é semelhante à biotransformação, o homem apenas finaliza em poucas etapas uma molécula de certa complexidade e origem natural.

Quanto ao foco de ação:

Organotrópicos – condicionam a alteração de um parâmetro biológico (EX.:anti-hipertensores)

Etiotrópicos – não influenciam qualquer actividade biológica. Finalidade é matar ou impedir multiplicação de microrganismos patogénicos.

Quanto a ocasião de uso:

Preventivo - vacinas e anticoncepcionais.

Substitutivo - vitaminas, insulina.

Usados para suprimir a causa da doença - bactericidas, bacteriostáticos.

Sintomático - corrigem os sintomas sem eliminar a causa, como ocorre nos analgésicos.

Efeitos que resultam da ação dos fármacos:

Efeito terapêutico – ação terapêutica, seria o efeito desejado (uma ou mais)

Efeitos secundários – doses usuais e são previsíveis. Não ocorrem para melhoria da situação patológica

Reações adversas – ocasionam sintomas indesejáveis (ou mesmo toxicidade) ou dão lugar a interações prejudiciais com outros medicamentos usados concomitantemente.

Efeitos tóxicos – reações provocadas por uma dose excessiva ou por acumulação anormal do fármaco no organismo.

Efeitos locais – reações que só ocorrem no local de administração do medicamento;

Efeitos sistêmicos – efeitos ocorrem num órgão ou sistema distante do local de administração;

Efeitos sinérgicos – combinação dos efeitos de dois ou mais fármacos, administrados simultaneamente – efeito final é superior à soma dos efeitos de cada um deles isoladamente.

Exemplo.: relaxante muscular+analgésico

Efeitos antagônicos – efeito oposto entre dois fármacos.

Exemplo: potássio (frequência cardíaca) / digitálicos(frequência cardíaca). Potássio antagoniza a potência do digitálico.

Insumo farmacêutico ativo: É uma substância química ativa, fármaco, droga ou matéria-prima que tenha propriedades farmacológicas com finalidade medicamentosa, utilizada para diagnóstico, alívio ou tratamento, empregada para modificar ou explorar sistemas fisiológicos ou estados patológicos, em benefício da pessoa na qual se administra.

O Rivotril é um ansiolítico — ou seja, um tranquilizante — do grupo dos benzodiazepínicos (do qual também fazem parte diazepam, lorazepam, alprazolam, bromazepam, midazolam, clordiazepóxido, dentre outros).

Os benzodiazepínicos atuam potencializando a ação do GABA (ácido gama-aminobutírico), um neurotransmissor depressor, responsável por diminuir a excitação, agitação, tensão e o estado de alerta, trazendo relaxamento, sonolência e sensação de calma.

Em virtude de promover esse efeito, o uso de Rivotril é indicado para pessoas que sofrem com:

- ✓ distúrbios epiléticos;
- ✓ transtorno de ansiedade generalizada (TAG);
- ✓ síndrome do pânico;
- ✓ fobia social;
- ✓ insônia;
- ✓ depressão;
- ✓ transtorno bipolar;
- ✓ vertigem e sintomas relacionados à perturbação do equilíbrio;
- ✓ síndrome das pernas inquietas;
- ✓ síndrome da boca ardente.

Por exemplo: É natural não dormir bem, vez ou outra. Às vezes isso ocorre porque nossos hábitos noturnos não proporcionam o sossego necessário para que corpo e da mente “desliguem”. Pode ser consequência das xícaras de café, que consumimos até o avançado da hora. Ou de nos mantermos conectados, trabalhando, 5 minutos antes de ir para a cama. Nesses casos, seria mais oportuno alterar nossas práticas — e não passar a fazer um tratamento farmacológico para insônia.

O “estar” — temporário, ocasional — é absolutamente normal. O “ser” é que se torna preocupante e, de fato, necessita de tratamento correto, podendo — ou não — incluir medicação nesse processo.

Se o Rivotril se projeta como solução é porque as dores que ele ameniza são reais, insistentes e, muitas vezes, aterradoras. Não questionamos a necessidade desse alívio. O que propomos é avaliação da escolha da medicação como válvula de escape, uma vez que ela não resolve o problema — que continuará a se repetir.

Dentre as principais reações adversas registradas, destacamos:

- ✓ sonolência acentuada;
- ✓ depressão;
- ✓ insônia;
- ✓ dores de cabeça;
- ✓ gripe;
- ✓ sinusite;
- ✓ problemas respiratórios;
- ✓ vertigem, perda do equilíbrio e tonturas;
- ✓ coordenação motora anormal;
- ✓ fraqueza muscular;
- ✓ sensação de cansaço;
- ✓ irritabilidade;
- ✓ náuseas;
- ✓ dificuldade de concentração;
- ✓ alterações na libido;
- ✓ distúrbios de memória;
- ✓ tentativa de suicídio ou ideias suicidas;
- ✓ alucinações;
- ✓ palpitações;

- ✓ anorexia;
- ✓ apetite aumentado;
- ✓ perda de cabelo;
- ✓ urticária;
- ✓ cistite.

Quando a dosagem inicial já não faz efeito, é um sinal de alerta para a dependência química. Nesses casos, a interrupção repentina do tratamento não seria o ideal, pois sintomas de abstinência tendem a aparecer.

Alguns, são relativamente amenos (como câimbras, cansaço, dores musculares...), mas outros são mais críticos, tais como:

- ✓ ansiedade acentuada;
- ✓ distúrbio comportamental;
- ✓ psicoses;
- ✓ alucinações;
- ✓ desrealização;
- ✓ despersonalização.

Obs.: Portanto, a sugestão é que a descontinuidade seja gradativa — e sempre com supervisão médica.

O Rivotril não deve ser usado por pessoas que apresentem:

- ✓ hipersensibilidade a benzodiazepínicos;
- ✓ doença de Alzheimer;
- ✓ insuficiência respiratória grave;
- ✓ doenças hepáticas graves;
- ✓ histórico de dependência química;
- ✓ glaucoma agudo de ângulo fechado.

————→ Também deve ser evitado por idosos, grávidas e lactantes.

As doenças psiquiátricas estão cada vez mais comuns nos dias de hoje e, para aliviar as tensões da mente, alguns medicamentos são importantes para pessoas em tratamento. Um dos mais famosos é o Rivotril, que tem clonazepam como princípio ativo, e está na lista dos remédios mais vendidos no Brasil.

Trata-se de uma droga controlada pelo Ministério da Saúde e com tarja preta na embalagem – que sinaliza medicações com alto risco de efeito colateral e com contraindicações –, portanto só pode ser vendida com prescrição médica e retenção de receita.

Clonazepam é o princípio ativo de Rivotril, que tem como principais propriedades a inibição de determinadas funções do sistema nervoso central.

É possível encontrar o medicamento em comprimidos e solução oral, com excipientes como lactose, amido pré-gelatinizado, estearato de magnésio, celulose microcristalina.

Rivotril, produzido pelo laboratório Roche, é o mais conhecido remédio que tem o clonazepam como princípio ativo. No entanto, há genéricos e similares no mercado, tais como o clopam e o clonotril.

Benzodiazepínico é nome de um grupo de determinados medicamentos que surgiram na década de 1950 e têm ação calmante no organismo.

Eles vieram para substituir os barbitúricos, outro grupo que tem como carro-chefe o Gardenal, que têm ação muito parecida de acalmar o corpo, mas apresenta muito mais riscos à saúde do paciente e possibilidade de intoxicação.

No grupo dos benzodiazepínico, além do Rivotril, há o Librium (clordiazepóxido), Valium (diazepam) e Lorax (lorazepam).

Os sintomas físicos da ansiedade permeiam a taquicardia e a insônia.

De acordo com a bula do Rivotril, ele pode ser utilizado em gotas ou em comprimidos, com doses que variam de 0,25 mg/ml a 2 mg/ml.

Tanto o veículo, quanto a dosagem e o horário indicado para tomar vão depender do quadro do paciente.

O Rivotril não deve ser usado em pessoas com hipersensibilidade à classe de medicamentos benzodiazepínicos.

Também não deve ser usado em quem tem doença de Alzheimer e doenças hepáticas graves.

Além disso, pessoas com histórico de dependência química precisam ficar longe deste remédio.

No geral, idosos também não podem usar Rivotril, pois este pode causar riscos para os sentidos.

Por fim, mulheres que estão passando por uma gestação ou amamentando não devem fazer uso do medicamento.

A comunidade científica já sabe que pessoas com distúrbios mentais severos vivem de dez a 15 anos a menos do que a população em geral.

Segundo o levantamento, pacientes com depressão, esquizofrenia ou transtorno bipolar têm risco 78% aumentado de desenvolver doenças cardiovasculares em longo prazo. Elas também apresentam uma probabilidade 85% maior de morrer desses problemas do que outros indivíduos de mesma idade.

A pesquisa é a maior já realizada sobre o assunto: foram analisados 92 estudos de quatro continentes, o que somou 16 países diferentes. Essas investigações somam, ao total, mais de 116 milhões de participantes.

Os especialistas britânicos argumentam que o uso de antipsicóticos está associado a um maior índice de massa corporal entre os pacientes psiquiátricos, o que ajudaria a justificar suas descobertas.

—————→ “Pessoas com doenças mentais severas morrem muito mais cedo do que aqueles sem os transtornos.”

Os transtornos mentais acometem, em algum momento da vida, ao menos 20% da população mundial. No Brasil, os cuidados com a saúde mental no sistema público sofreram uma reforma que começou há quase 20 anos e que procura evitar as internações em hospitais psiquiátricos, criando mecanismos de diagnóstico e tratamento mais amplos, com equipes multidisciplinares. Um dos exemplos da mudança é a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, os Caps, implantados no Brasil em 1986 e que hoje já somam 1.620 em todo o país.

Apesar das mudanças, especialistas na área consideram a rede de atendimento público ainda insuficiente. Das 436 unidades básicas de saúde do município de São Paulo, por exemplo, 122 oferecem atendimento psiquiátrico, menos de 30%. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, nenhum hospital municipal faz atendimento ambulatorial psiquiátrico, como consultas

agendadas, por exemplo, e apenas sete hospitais e três prontos-socorros de gestão municipal atendem emergências.

"O resultado disso é uma sobrecarga aos serviços dos hospitais-escola pela ineficiência do sistema ambulatorial das unidades básicas de saúde. Todos os dias pelo menos 10 pedidos de internação psiquiátrica não podem ser atendidos na cidade porque não há vagas.

Quando observado algum sintoma de depressão, ansiedade ou qualquer outro tipo de confusão mental, deve-se procurar uma unidade básica de saúde com atendimento psiquiátrico ou o ambulatório de psiquiatria de hospitais-escola como o Hospital das Clínicas, em São Paulo. Após uma avaliação, o paciente poderá ser encaminhado, dependendo do caso, para um hospital com atendimento psiquiátrico ou para um Caps.

A internação é reservada a casos graves. As residências terapêuticas são alternativas de moradia para pessoas internadas há anos em hospitais psiquiátricos. O programa 'De Volta Para Casa', criado pelo governo federal em 2003, oferece auxílio mensal de R\$ 320 para os pacientes que receberam alta hospitalar após internação psiquiátrica.

Os transtornos ansiosos são: pânico, com incidência de 3,5% na população; e o transtorno de ansiedade generalizada, com 3,4%. A esquizofrenia é uma doença considerada rara, que afeta 1% da população.

A Região Nordeste é a que tem mais Caps, com 597 unidades para 51,8 milhões de habitantes, seguida pelo Sudeste, com 538 Centros para 80,3 milhões de pessoas. O Norte tem o pior número, com apenas 87 unidades para 15,8 milhões. Ao todo há um Caps para cada 151,5 mil brasileiros.

A descentralização da gestão do SUS, o fortalecimento do controle social em saúde e a organização de práticas de saúde orientadas pela integralidade da atenção são tarefas que nos impõem esforço e dedicação. Lutamos por conquistar em nosso país o Sistema Único de Saúde, agora lutamos por implantá-lo efetivamente.

Após a Constituição Federal de 1988, a União, os estados e os municípios passaram a ser parceiros de condução do SUS, sem relação hierárquica. De meros executores dos programas centrais, cada esfera de governo passou a ter papel próprio de formulação da política de saúde em seu âmbito, o que requer desprendimento das velhas formas que seguem arraigadas em nossos modos de pensar e conduzir e coordenação dos processos de gestão e de formação.

O termo Saúde Mental se justifica, assim, por ser uma área de conhecimento que, mais do que diagnosticar e tratar, liga-se à prevenção e promoção de saúde, preocupando-se em reabilitar e reincluir o paciente em seu contexto social. Outro ponto é o fato de que a Enfermagem sempre pareceu, para alguns olhares menos perspicazes, estar à sombra do conhecimento médico. Mas, na verdade, ela constrói seu conhecimento e divide com todas as outras áreas envolvidas os louros e as frustrações de trabalhar em (ou para a) Saúde Mental.

Do filme “Tempo de Despertar”:

- _ Pessoas normais estão agora em outro lugar.
- _ Como será que se sentem? O que pensam?
- _ Não pensam. A doença não lhes deixou capacidade de raciocinar.
- _ Podemos tomar como fato?
- _ Podemos.
- _ Por quê?
- _ Porque a outra alternativa é inconcebível

O diálogo de dois personagens, médicos do filme “Tempo de Despertar”, expressa a problemática do relacionamento do homem com o que denominamos de “transtornos mentais”. Embora o filme aborde uma enfermidade oriunda de uma virose contraída – no caso, encefalite letárgica –, a questão de como os problemas de incapacitação das faculdades mentais, ou da agressividade desprovida de senso crítico, limites e padrões éticos e morais, sempre amedrontou e ainda amedronta a humanidade. Para evitar uma situação desesperadora, em que se admitisse que, de alguma forma, os sofredores dos transtornos mentais tivessem consciência de suas enfermidades, encarou-se o “louco” como alguém totalmente alienado ao que se passa ao redor. Neste contexto, mais fácil seria definir que “outra alternativa é inconcebível”, simplesmente por ser aterradora sua perspectiva.

Atualmente novas terapêuticas no tratamento destes tipos de doentes têm sido adotadas na tentativa de uma maior integração entre o paciente e a sociedade. Mas esta forma de encarar o problema da “loucura” nem sempre ocorreu assim. Para se entender a Saúde Mental nos dias de hoje, é necessário que se tenha conhecimento do processo histórico ao longo do qual ela evoluiu.

Referências Bibliográficas

pt.wikipedia.org/wiki/Psicofarmacologia > Acesso em: 02/08/2019.

DeLucia, Roberto. D 366 Farmacologia Integrada : uso racional de medicamentos / Roberto DeLucia (organizador) ; Cleopatra da Silva Planeta ; Marcia Gallacci ; Maria Christina W. de Avellar (coautoras) ; Ricardo Martins de Oliveira Filho (coautor). – São Paulo: Clube de Autores, 2014. – 2 v. : il. Disponível em: www.uc.pt > Consulta livro digital em: 02/08/2019.

amenteemaravilhosa.com.br/psicofarmacologia/ > Acesso em: 02/08/2019.

Deborah Fields, B.Sc.Reviewed by Dr. Damien Jonas Reviewed by Dr. Damien Jonas Wilson, MD. Que é psicofarmacologia? Disponível em: [news-medical.net/health/What-is-Psychopharmacology-\(Portuguese\).aspx](http://news-medical.net/health/What-is-Psychopharmacology-(Portuguese).aspx) > Acesso em: 02/08/2019.

hospitalsiriolibanes.org.br/imprensa/noticias/Paginas/Viver-com-transtorno-bipolar.aspx > Acesso em: 02/08/2019.

William Coryell, MD, Carver College of Medicine at University of Iowa. Transtorno bipolar (Transtorno maníaco-depressivo). Disponível em: msdmanuals.com/pt/casa/distúrbios-de-saúde-mental/transtornos-do-humor/transtorno-bipolar > Acesso em: 02/08/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Antidepressivo > Acesso em: 02/08/2019.

Princípios em farmácia [recurso eletrônico] / Organizadora Yvanna Carla de Souza Salgado. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. Formato: PDF. Disponível em: atenaeditora.com.br > Consulta livro digital em: 02/08/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Farmacocinética > Acesso em: 02/08/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Farmacodinâmica > Acesso em: 02/08/2019.

Mafalda Abreu. O que é Farmacocinética e farmacodinâmica. Disponível em: tuasaude.com/farmacocinetica-e-farmacodinamica/ > Acesso em: 02/08/2019.

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Assistência à Saúde. Superintendência de Assistência Farmacêutica. Manual de orientação para acompanhamento de pacientes da Saúde Mental, pela

- Clínica Médica. Medicamentos e cuidados. Recife-2013. Disponível em: <http://farmacia.saude.pe.gov.br> > Acesso em: 02/08/2019.
- amenteemaravilhosa.com.br/psicofarmacos-ou-terapia-psicologica/ > Acesso em: 02/08/2019.
- pt.wikipedia.org/wiki/Benzodiazepina > Acesso em: 02/08/2019.
- pt.wikipedia.org/wiki/Barbitúrico > Acesso em: 02/08/2019.
- pt.wikipedia.org/wiki/Anticonvulsivo > Acesso em: 02/08/2019.
- pt.wikipedia.org/wiki/Síndrome_de_abstinência > Acesso em: 05/08/2019.
- J.C. Revista Abramge. Edição: A.N. 29/01/2013. Disponível em: humanasaude.com.br/noticias/farmacodependencia-fissura-por-remedio,23863 > Acesso em: 05/08/2019.
- clinicasquality.com.br/tratamento-farmacodependencia.php > Acesso em: 05/08/2019.
- clinicasquality.com.br/tratamento-alcoolismo.php > Acesso em: 05/08/2019.
- clinicasquality.com.br/tratamento-cocaina.php > Acesso em: 05/08/2019.
- clinicasquality.com.br/tratamento-drogas-sinteticas.php > Acesso em: 05/08/2019.
- gnev.com.br/artigos2/farmacodependencia > Acesso em: 05/08/2019.
- pt.wikipedia.org/wiki/Drogadição > Acesso em: 05/08/2019.
- Giovanni Torello. Dartiu Xavier da Silveira. Problemas Atuais na Abordagem Terapêutica das Farmacodependências. Disponível em: polbr.med.br/ano96/dartiu.php > Acesso em: 05/08/2019.
- Patricia Griffin Kellicker, BSN. Síndrome de Abstinência Neonatal. Disponível em: hospitalinfantilsabara.org.br/sintomas-doencas-tratamentos/sindrome-de-abstinencia-neonatal/ > Acesso em: 05/08/2019.
- Redação. Redação Minha Vida. Abstinência alcoólica: sintomas, causas e como identificar. Disponível em: minhavida.com.br/saude/temas/sindrome-de-abstinencia-alcoolica > Acesso em: 05/08/2019.
- ctoliveiras.com.br/tratamento/farmaco-dependencia > Acesso em: 05/08/2019.
- Equipe Boa Saúde. Artigos de saúde. Dependência Medicamentosa. Disponível em: boasaude.com.br/artigos-de-saude/3261/-1/dependencia-medicamentosa.html > Acesso em: 05/08/2019.
- psicologia.pt/instrumentos/ver_ficha.php?cod=benzodiazepinas > Acesso em: 05/08/2019.

villaramadas.com/tratamentos/medicacao/dependencia-de-farmacos-medicacao/ > Acesso em: 05/08/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Fármaco > Acesso em: 05/08/2019.

<http://portal.anvisa.gov.br/dcb/conceitos-e-definicoes> > Acesso em: 05/08/2019.

Tatiana Pimenta. Rivotril: para que serve e quais seus efeitos na saúde mental. Disponível em: vittude.com/blog/rivotril/ > Acesso em: 05/08/2019.

Mariana Amorim. Rivotril: bula, o que é, para que serve, efeitos colaterais e preço. Disponível em: ativosaude.com/saude/rivotril/ > Acesso em: 05/08/2019.

Ana Luísa Moraes. Doenças psiquiátricas causariam problemas cardiovasculares. Disponível em: saude.abril.com.br/mente-saudavel/doencas-psiquiatricas-causariam-problemas-cardiovasculares/ > Acesso em: 05/08/2019.

Giovana Sanchez. Conheça as doenças mentais mais comuns e saiba onde procurar ajuda. Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2011/04/conheca-doencas-mentais-mais-comuns-e-saiba-onde-procurar-ajuda.html> > Acesso em: 05/08/2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. - 2. ed., 1.a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br> > Consulta livro digital em: 05/08/2019.