



5. DROGAS PSICOTRÓPICAS: SEU USO, EFEITOS E TRATAMENTOS

ALINE VITORIA SILVA SENA
KAROLINNE DE FÁTIMA MENDES PERPETUO
KELLY KAROLINE BENIS DE MELO
LUCIANO DA SILVA PEREIRA
HALINE GERICA DE OLIVEIRA ALVIM

RESUMO

No presente artigo foi discutido a respeito dos psicotrópicos, suas classificações e os principais efeitos no cérebro. As drogas psicotrópicas são substâncias naturais ou sintéticas que ao entrarem em contato com o organismo, através das vias de administração são absorvidas e atuam no sistema nervoso central (SNC) alterando a coordenação sináptica do SNC por muito tempo ou permanentemente, resultando em mudanças fisiológicas e alterações de comportamento, humor e cognição (OMS, 2006). Sendo também abordado as principais doenças tratadas com drogas psicotrópicas e os novos tratamentos tecnológicos fazendo sua utilização. Desde o início da história da psicofarmacologia moderna, na década de 1940, vários avanços foram feitos na explicação do mecanismo de ação dos compostos psicoativos. Espera-se que tal progresso permita o desenvolvimento de novas moléculas terapêuticas específicas para regular e minimizar as alterações e dependência causada pelo uso prolongado dessas drogas, prescritas e utilizadas no processo terapêutico de transtornos psiquiátricos

Descritores: Plantas Medicinais, Fitoterápicos, Uso racional e Orientação Farmacêutica.

ABSTRACT

Psychotropics, their classifications and the main effects on the brain were studied in this article. Psychotropic drugs are natural or synthetic substances that, when in contact with the body, through the routes of administration, are absorbed and act on the central nervous system (CNS) altering the synaptic coordination of the CNS for a long time or permanently, resulting in physiological and physiological changes. changes in behavior, mood and cognition (WHO, 2006). Also being addressed the main diseases treated with psychotropic drugs and the new technological treatments making their use. Since the beginning of the history of modern psychopharmacology in the 1940s, several advances have been made in explaining the mechanism of action of psychoactive compounds. It is hoped that such progress will allow the development of new specific therapeutic molecules to regulate and minimize the changes and dependence caused by the prolonged use of these drugs, prescribed and used in the therapeutic process of psychiatric disorders.

Descriptors: Psychotropics, Mechanism of Action, Treatment Technologies.

INTRODUÇÃO

As drogas psicotrópicas são substâncias naturais ou sintéticas que ao entrarem em contato com o organismo, através das vias de administração são absorvidas e atuam no sistema nervoso central, resultando em mudanças fisiológicas e alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo, portanto, passíveis de autoadministração¹. São substâncias que pode determinar

dependência física ou psíquica, ou seja, que está relacionado ao nosso psiquismo (o que sentimos e pensamos).²

Os medicamentos psicotrópicos, são modificadores seletivos do Sistema Nervoso Central e podem ser classificados, segundo a Organização Mundial de Saúde em: ansiolíticos e sedativos; antipsicóticos (neurolépticos); antidepressivos; estimulantes psicomotores; psicomiméticos e potencializadores da cognição.³ “A utilização dos psicofármacos tem aumentado nas últimas décadas, estudos realizados no Brasil, Europa e América Latina mostram o aumento da utilização desses medicamentos”.⁴ Atualmente o uso abusivo e indiscriminado de psicotrópicos constitui um grave problema de saúde, isso ocorre muitas vezes pela falta de critérios clínicos na sua prescrição e por uma tendência de perpetuação do tratamento sem manutenção. “É conhecido que os benzodiazepínicos promovem altas taxas de tolerância e dependência, o que leva, respectivamente, ao aumento da dose necessária para o mesmo efeito terapêutico”.⁵ A indicação e manutenção do tratamento deve ser realizada com base em critérios de diagnóstico bem fundamentadas, levando em conta inclusive a possibilidade de tratamento não farmacológico para transtornos leves, “as discussões sobre o uso consciente de medicamentos psicotrópicos deve fazer parte das rotinas dos profissionais da equipe de saúde, num processo de vigilância contínua”.²

MÉTODO

Foi realizado um estudo de revisão de literatura, por meio das bases de dados, SCIELO (Scientific Electronic Library On-line), MEDLINE, LILACS, Google Acadêmico, Pubmed, livros e artigos publicados entre os anos de 1980 e 2020. As Palavras-chaves usados na busca foram “psicotrópicos”, “mecanismos de ação” e “novas tecnologias de tratamento”, em língua portuguesa, relacionados aos temas, isoladas e agrupadas entre si. Compilou-se a revisão da literatura em seis categorias: Psicotrópicos, mecanismo de ação no cérebro, dependência química, classes de psicotrópicos, principais doenças tratadas e novas tecnologias de tratamento.

Na seleção dos artigos, os que se enquadram dentro dos parâmetros do trabalho foram os que apresentavam os conteúdos: (1) estudos que tenham como foco da equipe multidisciplinar; (2) estudos que estejam disponíveis em texto completo.

Foram excluídos da busca bibliográfica os artigos incompletos sem informações persistentes ao que queria ser abordado, os que não estavam disponíveis para acesso e os

que não correspondiam a temática proposta. Após o levantamento bibliográfico, todos os artigos que obedecerem aos critérios de inclusão foram analisados e sintetizados de forma reflexiva a fim de obter informações consistentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As drogas psicoativas são uma ampla classe de substâncias que podem alterar o humor, o comportamento e a percepção. Eles mudam a forma como o cérebro funciona, atingindo o sistema nervoso central através da chamada barreira hematoencefálica¹

As drogas psicoativas podem ser divididas em duas grandes categorias: drogas usadas para fins terapêuticos e drogas usadas para fins recreativos. Medicamentos psicotrópicos, também conhecidos como medicamentos psicotrópicos, incluem medicamentos prescritos por profissionais médicos para tratar condições como insônia, ansiedade e depressão.

Drogas psicoativas comumente usadas para tratar insônia e ansiedade incluem benzodiazepínicos, que deprimem a função do sistema nervoso central e causam sedação e os barbitúricos são outra droga psicoativa usada para sedação e, às vezes, como anestésico. Os benzodiazepínicos e os barbitúricos são classificados como depressores, e essa classificação também inclui o álcool.¹

Para entender como as drogas psicotrópicas interferem na função do sistema nervoso central (SNC), é importante entender como esse sistema funciona quando uma pessoa recebe estímulos através de seus órgãos sensoriais, a "informação" é enviada ao sistema nervoso central, onde ocorre o processamento da informação, interpretação, elaboração, memória, associação etc. Esses processos acontecem em milissegundos e são repetidos milhares de vezes em um dia. Vejamos alguns exemplos: ela é obcecada por este bolo. Então, assim que vejo este prato, minha boca enche de água e meu estômago dói.¹

Sendo assim as drogas psicotrópicas funcionam alterando essas comunicações entre os neurônios e podem ter efeitos diferentes dependendo do tipo de neurotransmissor envolvido e de como a droga funciona. Por exemplo, um benzodiazepínico (calmante) funciona promovendo a "comunicação" do GABA, um neurotransmissor responsável pelo controle da ansiedade, reduzindo assim a ansiedade. Portanto, dependendo do tipo de ação, a droga pode causar euforia, ansiedade, sonolência, alucinações, delírios etc.⁶

A classe dos psicotr3picos divide-se em 3 sendo eles:

1. Estimulantes, s3o as drogas que aceleram o funcionamento do c3rebro. Recebem tamb3m o nome de psicoanal3pticos, noanal3pticos, timol3pticos, etc; Nessa classe est3o as Anfetaminas, Coca3na, Cafe3na.⁷
2. Depressores, s3o drogas que diminuem a velocidade de funcionamento do c3rebro. Podem tamb3m ser chamadas de psicol3pticos, nessa classe est3o as 3lcool, hipn3ticos, barbit3ricos, ansiol3ticos, narc3ticos, solventes(inalantes), opi3ceos. ⁷
3. Perturbadores, s3o drogas que alteram o funcionamento do c3rebro. Psicoticomim3ticos, psicod3licos, alugin3genos, psicometam3rficos, etc. Nessa classe est3o os alucin3genos prim3rios: Sint3ticos (LSD-25, 3xtase), Naturais (derivados ind3licos da maconha).⁷

Os efeitos das drogas alteram a fun33o das c3lulas nervosas, estimulando ou bloqueando a transmiss3o da estimula33o nervosa. Mas n3o afetar3 apenas o sistema nervoso, o uso a longo prazo tamb3m pode levar a dist3rbios, altera33es e danos a outros 3rg3os e sistemas do corpo, afetando negativamente a qualidade de vida dos usu3rios. Por exemplo, o consumo excessivo de 3lcool pode alterar o comportamento normal dos bebedores, reduzindo suas habilidades e capacidade de resposta e, posteriormente, causando graves danos a certos 3rg3os, especialmente o f3gado, um organismo conhecido como depend3ncia de drogas. Subst3ncias t3xicas podem ser legalizadas.⁸

A depend3ncia qu3mica ou il3cita pode ser definida por tr3s fatores: depend3ncia psicol3gica (o desejo incontrol3vel de consumir a droga), depend3ncia f3sica (necessidade de apresenta33o f3sica) e toler3ncia ou forma33o de h3bitos (necessidade de aumentar a dose para obter o efeito desejado).⁸

As subst3ncias psicoativas s3o usadas para diferentes prop3sitos. Os usos variam grandemente entre as diferentes culturas. Algumas subst3ncias s3o de uso controlado ou ilegal, enquanto algumas podem ser usadas para prop3sitos xam3nicos, e outras s3o usadas de modo terap3utico. Outros exemplos seriam o consumo social de 3lcool e os son3feros. A cafe3na 3 a subst3ncia psicoativa mais consumida no mundo, mas, ao contr3rio de muitas outras, seu uso 3 legal e irrestrito em praticamente todas as jurisdi33es. No Brasil, maior produtor e segundo maior consumidor de caf3 do mundo, 85% das pessoas consome caf3 no desjejum.⁹

As drogas psicoativas são frequentemente associadas ao vício. A drogadição pode ser dividida em dois tipos: dependência psicológica, na qual o usuário se sente compelido a usar a droga apesar das consequências físicas ou sociais, e dependência física, em que o usuário tem de usar a droga para evitar as consequências da síndrome de abstinência. Nem todas as drogas provocam dependência física, mas qualquer atividade que estimula o sistema de recompensa dopaminérgico do cérebro — normalmente qualquer atividade prazerosa — pode levar à dependência psicológica, as drogas que mais comumente causam dependência são as que estimulam diretamente o sistema dopaminérgico, como a cocaína e as anfetaminas. As drogas que agem indiretamente nesse sistema, como psicodélicos, necessariamente não causam dependência.¹⁰

Muitos profissionais, grupos de ajuda, estabelecimentos especializados em reabilitação de drogas e pais tentam influenciar as decisões e ações de seus filhos quanto aos psicoativos, com variáveis graus de sucesso. São métodos comuns de reabilitação a psicoterapia, grupos de apoio para autoajuda, e também a farmacoterapia, que usa drogas psicoativas para reduzir a compulsão e a síndrome de abstinência enquanto a desintoxicação se processa.

A metadona, um opioide psicoativo, é um tratamento corriqueiro para a dependência em heroína. Pesquisas recentes em toxicomania têm mostrado que o uso de drogas psicodélicas como a ibogaína pode tratar e até mesmo curar drogadições, embora a prática ainda esteja longe de se tornar universalmente aceita.¹¹

Os psicotrópicos são bastante utilizados para o tratamento de doenças mentais tais como transtorno bipolar, ansiedade, esquizofrenia, mania, depressão e entre outros. A indicação e manutenção do tratamento deve ser realizada com base em critérios de diagnóstico bem fundamentadas, levando em conta inclusive a possibilidade de tratamento não farmacológico para transtornos leves, “as discussões sobre o uso consciente de medicamentos psicotrópicos deve fazer parte das rotinas dos profissionais da equipe de saúde, num processo de vigilância contínua”.²

A decisão de usar ou não medicação psicotrópica depende, antes de tudo, do diagnóstico do paciente, incluindo possíveis comorbidades. Para muitas condições, a medicação é o tratamento de escolha, como esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno depressivo maior ou controle de ataques de pânico. Em outras situações, como fobias específicas, transtornos de personalidade, problemas situacionais, a psicoterapia pode ser a primeira escolha. Em muitos casos, a abordagem ideal pode ser uma combinação de ambos.

Na prática, os médicos tentam escolher o medicamento mais adequado entre aqueles bem implementados, levando em consideração as características da doença do paciente, além do diagnóstico. Sintomas, reações ao uso anterior, idade, presença de problemas físicos, outros medicamentos em uso que possam interagir com o novo medicamento etc.

Os Principais medicamentos psicotrópicos usados atualmente: ansiolíticos e hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos ou neurolépticos e estabilizadores de humor.

1. ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS

Eles vão tratar ansiedade, ansiedade e insônia são sintomas muito comuns na vida das pessoas. Eles podem representar respostas normais ao estresse diário ou podem ser manifestações de um transtorno psiquiátrico que requer tratamento especial. Uma das principais classes de medicamentos ansiolíticos são os benzodiazepínicos.

1.1 - Os benzodiazepínicos:

Os benzodiazepínicos são uma grande classe de medicamentos, sendo os primeiros representantes o clordiazepóxido (Librium®) e o diazepam (Valium®), lançados no início da década de 1960, e quase todos os benzodiazepínicos têm propriedades farmacológicas semelhantes: todos têm propriedades sedativas, ansiolíticas e hipnóticas. Eles também são relaxantes musculares, anticonvulsivantes e produzem reações de dependência e abstinência. Eles têm pouco efeito sobre a circulação cardíaca e o sistema respiratório, o que explica seu amplo perfil de segurança.¹²

São utilizados ainda nos transtornos de ansiedade como o transtorno dopânico (alprazolam, clonazepam, diazepam) especialmente quando existe ansiedade antecipatória, em geral associados aos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) ou aos tricíclicos e à TCC.¹² Foram muito utilizados no transtorno de ansiedade generalizada (diazepam, bromazepam, clonazepam).¹³ Entretanto face aos inconvenientes do seu uso prolongado como a tendência a desenvolver tolerância e dependência, e em virtude do resultado de pesquisas que apontam para uma redução do seu efeito com o passar do tempo, eles vêm sendo substituídos por antidepressivos: imipramina, venlafaxina e paroxetina.¹⁴

São utilizados ainda na fobia social, isolados ou associados aos antidepressivos

inibidores da mono-amino-oxidase (IMAO); inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) e aos -bloqueadores (clonazepam, bromazepam, alprazolam).¹⁵ nos transtornos de ajustamento quando existe ansiedade ou insônia intensas, por breves períodos (lorazepam, bromazepam, cloxazolam, diazepam); no tratamento da insônia (midazolam, nitrazepam, flurazepam, flunitrazepam), por tempo limitado; no delirium tremens (clordizepóxido, diazepam); em doenças neuromusculares com espasticidade muscular (tétano); como coadjuvantes no tratamento de diferentes formas de epilepsia: diazepam no estado de mal epilético, clonazepam em ausências e convulsões atônicas ou mioclônicas, além do clorazepato (controle de convulsões generalizadas) e o lorazepam (uso endovenoso no estado de mal epilético). São utilizados ainda como medicação coadjuvante no tratamento da mania aguda (clonazepam ou lorazepam)¹⁶, no manejo da acatisa, como medicação pré-anestésica e em procedimentos de endoscopia (midazolam). ¹⁶

1.2 Efeitos colaterais e reações adversas:

Os BDZs causam sedação, fadiga, perdas de memória, sonolência, incoordenação motora, diminuição da atenção, da concentração e dos reflexos, aumentando o risco para acidentes de carro ou no trabalho, em pessoas idosas estão associados a quedas e fraturas do colo do fêmur.^{16,17}

1.3 Dependência, síndrome de abstinência e rebote:

O uso crônico dos BDZs, especialmente os de meia vida curta, utilizados em doses elevadas e por longo tempo, leva com freqüência a um quadro de dependência e a uma síndrome de retirada, caso o medicamento seja suspenso.¹⁸

A síndrome de retirada ou de descontinuação é muito semelhante a um quadro de ansiedade e caracteriza-se por inquietude, nervosismo, taquicardia, insônia, agitação, ataques de pânico, fraqueza, cefaléia, fadiga, dores musculares, tremores, náuseas, vômitos, diarreia, câibras, hipotensão, palpitações, tonturas, hiper-reflexia, hipersensibilidade a estímulos, fotofobia, perturbações sensoriais, despersonalização, desrealização, disforia. Nos casos mais graves, podem ocorrer convulsões, confusão, delirium e sintomas psicóticos. A duração é variável: os sintomas físicos raramente ultrapassam sete dias. Para prevenir este tipo de ocorrência deve-se fazer uma retirada gradual do medicamento (50% da dose em 2 a 4 semanas, e os restantes 50% num período bem mais longo).¹⁸

1.4 Mecanismo de ação:

Os benzodiazepínicos potencializam as ações inibitórias do GABA, através da ligação a receptores específicos, localizados em um complexo molecular envolvendo o receptor de GABAA, o receptor de benzodiazepínico e o ionóforo de cloro.¹⁹

2 – ANTIDEPRESSIVOS

No tratamento de depressões leves ou moderadas, resultantes de problemas situacionais, relacionados a eventos vitais ou em resposta a estressores ambientais deve-se dar preferência ao uso de alguma modalidade de psicoterapia: terapia psicodinâmica, cognitiva, interpessoal, comportamental ou até mesmo o simples apoio psicológico, associando-se, eventualmente, por curto espaço de tempo um ansiolítico, se houver ansiedade ou insônia associada.^{20,21}

Como, em princípio, todos os antidepressivos são igualmente efetivos a escolha leva em conta a resposta e a tolerância em uso prévio, o perfil de efeitos colaterais, comorbidades psiquiátricas e problemas médicos, a presença de sintomas psicóticos e a idade. Se uma determinada droga foi eficaz em episódio depressivo anterior do paciente, ou de seus familiares, e as reações adversas e efeitos colaterais foram bem tolerados, em princípio será a preferida. Na atualidade são preferidos os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) ou alguns dos novos agentes como a nefazodona, a venlafaxina ou a bupropiona em virtude de seu perfil de efeitos colaterais ser mais favorável.²²

Na atualidade existe uma grande variedade de antidepressivos, que são classificados em razão da sua estrutura química ou do seu mecanismo de ação: tricíclicos e tetracíclicos, inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), inibidores da monoamino-oxidase (IMAO), inibidores duplos, entre outros. Continuam sendo chamados de antidepressivos embora estejam sendo utilizados cada vez mais em outros transtornos como no transtorno do pânico, obsessivo compulsivo, de ansiedade generalizada, de estresse pós-traumático etc.²²

2.1 Inibidores Seletivos da Recaptção da Serotonina;

Com o objetivo de obter medicamentos com menos efeitos colaterais, que fossem mais específicos na sua ação neuroquímica, e conseqüentemente mais bem tolerados, foram desenvolvidos especialmente a partir do início dos anos 90, os chamados inibidores seletivos

da recaptação da serotonina (ISRS), os quais progressivamente vêm ocupando o lugar dos tricíclicos, em razão do seu melhor perfil de efeitos colaterais. Além de serem utilizados na depressão unipolar, os ISRS se revelaram eficazes no transtorno obsessivo-compulsivo^{23,24} no transtorno do pânico²⁵. Na distímia, em episódios depressivos do transtorno bipolar, na bulimia nervosa (fluoxetina em doses elevadas), na fobia social (fluoxetina, paroxetina, sertralina), na ansiedade generalizada (paroxetina). ^{26,27,28,29}

2.2 Mecanismos de ação dos antidepressivos:

Todos os antidepressivos afetam os sistemas serotoninérgicos (5HT) ou catecolaminérgicos (dopamina ou norepinefrina) do sistema nervoso central, seja por bloquear a recaptação pré-sináptica, estimular sua liberação na fenda, inibir seu catabolismo (IMAO) ou por efeitos agonistas ou antagonistas nos receptores.

O aumento da disponibilidade destes neurotransmissores na fenda sináptica é imediato, mas o efeito clínico em geral demora várias semanas, e correlaciona-se com um outro efeito neuroquímico: a down regulation de autoreceptores pré-sinápticos, responsáveis por modularem a liberação dos neurotransmissores na fenda sináptica.³⁰

É importante assinalar ainda que a ação da maioria dos receptores está ligada à proteína G, substância envolvida numa cascata de eventos intracelulares relacionada com a síntese proteica, como a transcrição genética. Postula-se que através da ação prolongada dos antidepressivos sobre os receptores haveria uma modulação da proteína G e de outros sistemas de segundos mensageiros, e uma alteração na conformação dos novos receptores na medida em que forem sendo sintetizados, tendo como resultante a sua dessensibilização, a qual poderia contribuir tanto para a ação terapêutica dos antidepressivos como para o desenvolvimento de tolerância a muitos dos seus efeitos colaterais.^{30,31}

3. ANTIPSICÓTICOS OU NEUROLÉPTICOS

Os antipsicóticos ou neurolépticos passaram a ser utilizados em psiquiatria a partir da descoberta casual de Delay e Deniker, no início da década de 50, de que a clorpromazina, além de produzir sedação, diminuía a intensidade de sintomas psicóticos. Posteriormente foram introduzidos outros medicamentos derivados da clorpromazina as fenotiazinas, as

butirofenonas (haloperidol) e mais modernamente diversas outras substâncias: risperidona, olanzapina, ziprazidona, molindona, quetiapina, clozapina, zuclopentixol, aripiprazol, entre outros.

Os antipsicóticos ou neurolépticos são classificados em tradicionais ou típicos, também chamados de primeira geração e atípicos ou de segunda geração. Esta divisão está relacionada com seu mecanismo de ação - predominantemente bloqueio de receptores da dopamina (D) nos típicos, e bloqueio dos receptores dopaminérgicos e serotoninérgicos (5HT) nos atípicos, o que acarreta um diferente perfil de efeitos colaterais, em geral mais bem tolerados nestes últimos.³²

Os antipsicóticos são indicados na esquizofrenia (episódios agudos, tratamento de manutenção, prevenção de recaídas), nos transtornos delirantes, em episódios agudos de mania com sintomas psicóticos ou agitação, no transtorno bipolar do humor, na depressão psicótica em associação com antidepressivos, em episódios psicóticos breves, em psicoses induzidas por drogas, psicoses cerebrais orgânicas, controle da agitação e da agressividade em pacientes com retardo mental ou demência, transtorno de Tourette (haloperidol, pimozida, risperidona).³³

3.1 Mecanismos de ação:

Especula-se que o efeito terapêutico dos antipsicóticos se deva ao bloqueio dos receptores do sistema dopaminérgico mesolímbico e frontal médio e pode ser fortemente bloqueado por todos os subtipos de receptores (D1, D2, D3 e D4).³²

Nos últimos anos, a comercialização de medicamentos fitoterápicos indicados para transtornos mentais tem aumentado. Com isso cada vez mais vem tornando comum o uso de ervas medicinais para tratamento ou prevenção de doenças. Essas drogas produzem uma variedade de percepção dos profissionais de saúde mental, desde resistência completa até excitação extrema. No entanto, é mais adequado avaliar qualquer fitoterápico de forma semelhante ao uso de medicamentos sintéticas, com base em fortes evidências científicas, especialmente estudos clínicos controlados.³³

O uso constante e regular dos psicotrópicos leva à dependência física, além disso, causa uma enorme lista de efeitos colaterais. Onde sugira novos métodos que tenham um impacto menos negativo, como as pesquisas, descobrindo compostos naturais de plantas medicinais e onde os medicamentos podem ter eficácia semelhante e menos agressividade ao organismo.³⁴

Um aspecto importante do estudo dos fitoterápicos é que seu uso inicial geralmente vem do uso comum, o que não indica nenhum mecanismo de ação e não garante adequação à presumida da doença. Isso permite a criação de classes totalmente novas de medicamentos com mecanismos de ação diferentes daqueles já disponíveis para uma determinada doença. Como resultado, estima-se que cerca de 30% das plantas medicinais estão agora disponíveis diretamente para uso medicinal.³⁵

Um dos estudos mais recentes e polêmicos nos centros de pesquisas seria o uso do canabidiol (CBD), além de ser extraído da planta *Cannabis sativa* (mais conhecido popularmente por maconha), contém múltiplos efeitos terapêuticos, incluindo propriedades neuroprotetoras, antiepilépticas, ansiolíticas, antipsicóticas, anti-inflamatórias, analgésicas e anticancerígenas.

Mesmo sendo um fitocanabinóide não psicoativo, estar sendo muito utilizado por pacientes como meio alternativo em tratamentos onde geralmente são usados os psicotrópicos como forma de tratamento.³⁶

Outro ponto a ser abordado seria a difícil acessibilidade ao medicamento psicotrópico pelo fato de necessitar de acompanhamento médico e receitas de controle especial, os fitoterápicos torna uma opção mais simples onde acaba provocando a automedicação. Vale ressaltar que uso desses fitoterápicos deve estar respeitando as notificações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) onde diz que por serem plantas medicinais podem sim, ser ofensivos se utilizado de maneira inadequada. Como exemplo de uso fitoterápico, temos a *Passiflora incarnata* bastante usado em tratamentos para insônia, contém inúmeros estudos farmacológicos e fácil comercialização na forma de extratos ou tinturas, conhecido como o maracujá é contém ação ansiolítica branda.³⁷

O mecanismo de ação ainda é desconhecido, pesquisadores acredita-se que o efeito encontrado pode estar relacionados a inibição da enzima monoamina oxidase (MAO) e a ativação dos receptores de ácido gama-aminobutírico (GABA). A enzima MAO controla qualquer excesso de neurotransmissores como noradrenalina, dopamina e serotonina das vesículas sinápticas, podendo ter efeitos antidepressivos.³⁷

CONCLUSÃO

O estudo de forma geral de medicamentos mostra o quanto as substâncias podem alterar algumas fisiologias de nosso organismo fazendo assim que nós traga mais conforto e

alívio de sintomas. No caso dos psicotrópicos são bastante utilizados para alívio de problemas mentais, pois age através do sistema nervoso central, temos psicotrópicos para fins recreativo e os psicotrópicos para fins terapêuticos, que foi o foco desse estudo.

As drogas psicoativas são utilizadas principalmente para tratamentos como insônia, ansiedade, depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar e ataques de pânico, sendo necessário o diagnóstico correto do profissional, pessoas que fazem tratamentos com essas drogas necessitam de acompanhamento regular com o profissional, o uso em excesso ou inapropriado dessas medicações podem acarretar dependência física e fortes efeitos colaterais. Na última década houve o aumento do uso dessas medicações isso vem mostrando a atuação dos profissionais em saúde que algumas vezes não tem vigilância contínua de seu paciente, sem falar da falta de instrução ou interesse para outros métodos sem uso de medicamentos ou alternativas que hoje são bem comuns como uso de medicamentos fitoterápicos onde pode ser utilizado para transtornos leve.

Conclui-se que o bem estar proporcionado por ativos encontrado em drogas psicotrópicas podem melhorar a qualidade de vida do paciente que estar em tratamento de acordo com o seu transtorno, porém é necessário ter cautela e acompanhamento do profissional de saúde para assim não haver danos a saúde

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas. São Paulo: Roca, p.18-30, 2006
2. LOPES, L. M. B.; GRIGOLETO, A. R. L. Uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais de saúde. Brazilian Journal of Health 2011.
3. ANDRADE, M. F.; ANDRADE, R. C.G; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. Rev. Bras. Cienc. Farm. Braz. J. Pharm. Sci. vol. 40, n. 4, p 471 479. out./dez., 2004
4. FIRMINO, K. F. et al. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1223- 1232, jun.2011.
5. TELLES FILHO, P. C. P. et al. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. Escola Anna Nery. Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p. 581-586, jul./set. 2011.
6. OMS, 1981.
7. HOPS H, TILDESLEY E, LICHTENSTEIN E, ARY D, SHERMAN L (1990).
8. (CARLINI, E.A.–“Drogas Psicotrópicas”).
9. MATSUMOTO, K L. ROSANELI, C F. BIANCARDI, C R. (2008). «A Cultura Gastronômica do Café e Sua Influência Social e Emocional no Dia-a-dia do Brasileiro». SaBios: Rev. Saúde e Biol. 3 (1). pp. 10–15.
10. Ibogaine research to treat alcohol and drug addiction 2009.
11. DWORKIN, Ronald. Artificial Happiness. New York: Carroll & Graf, 2006. pp. 2–6. ISBN 0786719338 MANNINEN B A (2006).

12. De Veugh-Geiss J, Katz R, Landau P. et al. CLOMIPRAMINE COLLABORATIVE STUDY GROUP: Clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991.
13. Gorman JM. Treatment of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2002;
14. Davidson JR. Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2000.
15. Greist JH, Jefferson J, Koback, K, et al. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in OCD: a meta-analysis. *Arch Gen Psych* 1995
16. Ballenger JC. Benzodiazepines. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB. *The American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology*, 2nd Edition. Washington: American Psychiatric Press, 1998.
17. Möller HJ. Effectiveness and safety of benzodiazepines. *J Clin Psychopharmacology* 1999.
18. Rickels K, DeMartinis N, Rynn M, Mandos L. Pharmacologic strategies for discontinuing benzodiazepine treatment. *J Clin Psychopharmacology* 1999.
19. Haefely W. The GABA-benzodiazepine interaction fifteen years later. *Neurochem Res* 1990.
20. Grevet HE, Cordoli AV. Depressão maior e distímia algoritmo. In: Cordoli AV. *Psicofármacos: consulta rápida*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2ª Edição, 2000.
21. Trivedi MH, Kleiber BA. Algorithm for the treatment of chronic depression. *J Clin Psychiatry* 2001.
22. Kennedy SH, Lam RW, Cohen NL, Ravindran AV; CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. IV. Medications and other biological treatments. *Can J Psychiatry* 2001.
23. Greist JH, Jefferson J, Koback, K, et al. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in OCD: a meta-analysis. *Arch Gen Psych* 1995.
24. Picinelli M, Pini S, Bellantuono C. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. *Brit J Psychiatry* 1995.
25. Rosenbaum JF, Pollock RA, Jordan SK, Pollack MH. The pharmacotherapy of panic disorder. *Bull Menninger Clin* 1996.
26. Rocca P, Fonzo V, Scotta M, Zanaldi E, Ravizza L. Paroxetine efficacy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Acta Psiqu Scand* 1997.
27. Rickels K, Pollack MH, Sheehan DV, Haskins JT. Efficacy of extended release venlafaxine in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 2000.
28. Stein MB, Liebowitz MR, Lydiard B, et al. Paroxetine treatment of generalized social phobia: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998.
29. Lydiard RB, Pollack MH, Judge R. Fluoxetine treatment of panic disorder: a randomized, placebo-controlled, multicenter trial. *Am J Psychiatry* 1998.
30. Stahl SM. *Essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical application*. Cambridge University Press, Cambridge, 1997.
31. Reid IC, Stewart CA. How antidepressants work: new perspectives on the pathophysiology of depressive disorder. *Brit J Psychiatry* 2001.
32. Blin O. A comparative review of new antipsychotics. *Can J Psychiatry* 1999.
33. Miller AL, Chiles JA, Chiles JK et al. The Texas Algorithm Project (TMAP) schizophrenia algorithms. *J Clin Psychiatry* 1999.
34. Andreatini, Roberto. Uso de fitoterápicos em psiquiatria. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2000, v. 22, n. 3.
35. Peng, J, Fan, M, An, C, Ni, F, Huang, W, Luo, J. Uma revisão narrativa do mecanismo molecular e efeito terapêutico do canabidiol (CBD). *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2022.
36. Bezerra E., Costa G. Guzen F. Uso de plantas medicinais e fitoterápicos como terapia alternativa no tratamento de distúrbios emocionais: uma revisão narrativa da literatura. 10 dez 2021.
37. Ferreira F. Interações medicamentosas de fitoterápicos utilizados no tratamento da insônia: uma breve revisão. *Visão acadêmica, Curitiba* - Jul.-set./2019.