



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

FERNANDA ROCHA COUTO LAUREANO

USO DE PSICOTRÓPICOS EM POLICIAIS MILITARES

GOIÂNIA
2015

FERNANDA ROCHA COUTO LAUREANO

USO DE PSICOTRÓPICOS EM POLICIAIS MILITARES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral

**GOIÂNIA
2015**

Na qualidade de titular dos direitos de autora, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):			
E-mail:			
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Vínculo empregatício do autor:			
Agência de fomento:			Sigla:
País:	UF:	CNPJ:	
Título:			
Palavras-chave:			
Título em inglês:			
Palavras-chave em inglês:			
Área de concentração:			
Data defesa: (dd/mm/aaaa)			
Programa de Pós-Graduação:			
Orientador (a):			
E-mail:			

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação. O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: ____ / ____ / 2016

Assinatura do (a) autor (a)

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFV**

--

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Goiás

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: Fernanda Rocha Couto Laureano

Orientador: Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral

Membros:

- 1. Dr. Waldemar Naves do Amaral (Presidente)**
- 2. Dr. Rui Gilberto Ferreira (Membro)**
- 3. Dr. Eduardo Camelo de Castro (Membro)**
- 4. Dra. Glaucimeire Marquez Franco – (Suplente)**

Data: 19/12/2015

Dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus por ser essencial em minha vida, autor do meu destino e meu guia, ao meu esposo, minha família, amigos, colegas de trabalho e ao orientador pelo apoio, força, incentivo, companheirismo e amizade, sem eles nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

- A *Deus* por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas, suprir em todas as minhas necessidades, pela vida e a possibilidade de empreender este caminho evolutivo, por propiciar tantas oportunidades de estudos e por colocar em minha trilha pessoas amigas e preciosas.
- Ao meu esposo *Wérik* por ter permanecido ao meu lado, me incentivando a percorrer este caminho, por compartilhar angústias e dúvidas estendendo sua mão amiga nos momentos em que precisei.
- À minha *família* a qual amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo.
- Ao meu orientador *Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral* por acreditar em mim e me mostrar o caminho da ciência, fazer parte da minha vida nos momentos bons e ruins, por ser um exemplo profissional o qual sempre me espelharei e à instituição.
- Ao *Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde* da Universidade Federal de Goiás.
- Aos *amigos* que fizeram parte desses momentos sempre me ajudando, incentivando e torcendo, constantemente, para que eu realize meus desejos profissionais.
- Ao *Nivaldo Feijó, Douglas Di Bellis e Rafael Perillo*, que me liberaram das minhas atividades profissionais para que fosse possível realizar o desenvolvimento deste sonho que hoje se realiza.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 CONCEITO DE POLICIAL MILITAR	14
2.2 MEDICAMENTOS SOB CONTROLE ESPECIAL	16
2.3 MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS.....	17
2.4 O USO DE PSICOTRÓPICOS POR POLICIAIS MILITARES	27
3 OBJETIVOS	31
3.1. OBJETIVO GERAL	31
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4 MÉTODOS.....	32
4.1 DESENHO DO ESTUDO	32
4.2. CASUÍSTICA.....	32
4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	33
4.4. GRUPO DE ESTUDO.....	33
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	34
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	34
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	34
5 RESULTADOS	36
6 DISCUSSÃO	41
7 CONCLUSÃO.....	44
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	53

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1 - Receita Cor Branca	21
Figura 2 - Receita Cor Amarela.....	22
Figura 3 - Receita Cor Azul.....	22
Figura 4 - Instruções de preenchimento para notificação de receita B.....	23
Tabela 1 - Lista das substâncias psicotrópicas	26
Tabela 2 – Distribuição do Número de policiais militares e/ou pensionistas que fizeram uso das dispensações de Medicamentos Psicotrópicos B1, de acordo com a idade, no Hospital da Policia Militar, 2011.....	36
Tabela 3 - Distribuição do número de policiais militares e / ou pensionistas que fizeram uso das dispensações de Medicamentos Psicotrópicos B1, segundo o sexo, no Hospital do Policial Militar, 2011.	36
Tabela 4 - Distribuição do número de policiais militares e / ou pensionistas que fizeram uso das dispensações de Medicamentos Psicotrópicos B, segundo o medicamento mais dispensado, no Hospital do Policial Militar, 2011.	37
Tabela 5 - Distribuição do número de soldados e / ou pensionistas que fizeram uso das dispensações de Medicamentos Psicotrópicos B1 da Policia Militar, segundo a dispensação por trimestre, Hospital do Policial Militar, 2011.	38
Tabela 6 - Distribuição do número de policiais militares e / ou pensionistas que fizeram uso das dispensações de Medicamentos Psicotrópicos B1, segundo a hierarquia do Quadro Militar, no Hospital do Policial Militar, 2011.	38
Tabela 7 - Distribuição do número de policiais militares que fizeram uso das dispensações de Medicamentos Psicotrópicos B1, segundo hierarquia do Quadro Militar, no Hospital do Policial Militar, 2011.	38
Tabela 8 - Distribuição do número de policiais militares e / ou pensionistas que fizeram uso das dispensações de Medicamentos Psicotrópicos B1, segundo o tempo de serviço, no Hospital do Policial Militar, 2011.	39
Tabela 9 - Distribuição do número de policiais militares e / ou pensionistas que fizeram uso das dispensações de Medicamentos Psicotrópicos B1, segundo a sua patente, no Hospital do Policial Militar, 2011.	39

LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

®	Marca Registrada
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASHP	American Society of Health-System Pharmacists
ASP	Aspirante
CAP	Capitão
CB	Cabo
CEBRIM	Centro Brasileiro de Informações sobre Medicamentos
CEL	Coronel
CEP/HC-UFG	Comitê de Ética em Pesquisa - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás
CFO	Curso de Formação de Oficiais
CGC	Cadastro Geral de Contribuintes
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRH	Chefia de Recursos Humanos
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRMV	Conselho Regional de Medicina Veterinária
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DCB	Denominações Comuns Brasileiras
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCB	International Narcotics Control Board
MAJ	Major
MMLRSO	Medline Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PM-GO	Polícia Militar do Estado de Goiás
QO	Quadro de Oficiais
QOPAPM	Quadro de Oficiais Auxiliares Policiais Militares
QOPM	Quadro de Oficiais Policiais Militares
QPPM	Quadro de Praças Policiais Militares
QPS	Quadro de Praças Saúde
Scielo	Scientific Eletronic Library Online
SD	Soldado
SGT	Sargento
SNC	Sistema Nervoso Central
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
ST	Sub – Tenente
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde
TEM	Tenente
TEN CEL	Tenente - Coronel
VISA	Vigilância Sanitária.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A profissão de policial por si só é uma profissão muito estressante. A responsabilidade de proporcionar à sociedade segurança traz uma perigosidade. O homem/mulher dentro da farda colocam a vida em risco. O medo de não voltar para casa com vida ou mesmo ferido acaba proporcionando alto nível de estresse e ansiedade. A busca por alívio imediato aumenta o uso de medicamentos psicotrópicos por policiais e outras profissões com alto nível de estresse. Os estudos que investigaram o tema apresentam limitação metodológica. **OBJETIVOS:** Avaliar o uso de medicamentos psicotrópicos controlados da Lista B1 (Clonazepam, Bromazepam e Alprazolam) em policiais militares do estado de Goiás, identificar a faixa etária e o gênero que mais utilizou os psicotrópicos, identificar o psicotrópico B1 mais utilizado pelo policial militar do estado de Goiás, quantificar o tempo de serviço do policial militar que fez uso com maior assiduidade dos medicamentos psicotrópicos e avaliar a proporção do uso de psicotrópicos segundo o quadro de composição militar (praças e oficiais). **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:** Todos os receituários controlados B1 de 2011. **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:** receituários ilegíveis, receituários de controle especial C1 e pacientes dependentes do policial militar. **MÉTODOS:** Foi redigido um artigo de revisão da literatura, construído a partir de pesquisas nas bases de dados PubMed/Medline e SciELO entre 1990 e 2013. Em seguida foi elaborado este estudo observacional, descritivo e retrospectivo. Foi desenvolvido com a coleta de dados de 100 receituários escolhidos aleatoriamente de policiais atendidos na Farmácia Fundação Tiradentes no Hospital do Policial Militar no município de Goiânia. Foi utilizado formulário elaborado pelo pesquisador e orientador. Os dados foram coletados de receituários controlados B1 arquivados na Farmácia e sistema da corporação, após autorização do estabelecimento. **RESULTADOS:** A frequência de uso foi dividida em: 1) Gênero: homens - (68%), mulheres (32%); 2) Idade: de 18 a 35 anos (4%); 36 a 50 anos (52%), 51 a 70 anos (12%), > 71 anos (3%), não informado (29%); 3) Psicotrópicos: Alprazolam (14%), Bromazepam (13%), Clobazam (1%), Clonazepam (53%), Cloxazolam (7%), Diazepam (1%), Flurazepam (1%), Midazolam (2%), Nitrazepam (7%). 4) Trimestre: jan/mar (22%), abr/jun (39%), jul/set (31%), out/dez (7%), 5) Tempo de serviço: < 5 anos (2%), 6 a 10 anos (5%), 11 a 20 anos (12%), 21 a 30 anos (48%); 6) Patente: praça (63%), oficial (11%), pensionista (2%), não informado (24%). **CONCLUSÃO:** A idade média foi de 47,03 e o gênero proporcionalmente que mais usou o psicotrópico foi o sexo feminino, sendo o Clonazepam o mais utilizado. Observou-se ainda que o tempo de serviço militar, entre 21 e 30 anos, contribuiu para o uso. Não houve diferença em relação a patente de Praça e Oficial.

PALAVRAS-CHAVE: Benzodiazepínicos. Psicotrópicos. Drogas de abuso. Brasil.

ABSTRACT

PSYCHOTROPIC DRUG USE IN MILITARY POLICE

INTRODUCTION: Being a military police is stressful. The responsibility for providing security to society brings a health hazard, threats to his / her health and safety. The fear of not coming back home alive or even hurt can lead to anxiety and stress. The search for immediate relief increases the use of psychotropic drugs by the military police. Studies published until now that approached this theme showed methodological limitations. **AIMS:** To evaluate the use of psychotropic drugs of list B1 (Clonazepam, Bromazepam and Alprazolam) by military police of Goiás State, to identify the group age and gender that used it most, to quantify the time of military police service that they used the psychotropic and to evaluate the proportion of this use according to the military personnel (soldiers and officers). **METHODS:** A review article was written based on data published between 1990 and 2013 in PubMed and SciElo. Thereafter, and observational, descriptive and retrospective study was done. One hundred military police from Hospital of Military Police in Goiânia city were evaluated by collecting the data presented in medical prescriptions and corporate pharmacy database using a form specially designed for this. **INCLUSION CRITERIA:** All the controlled B1 prescriptions in 2011. **EXCLUSION CRITERIA:** Illegible prescriptions, other controlled prescriptions like C1 and patients that are dependent of military police. **RESULTS:** The frequency of use was divided according to: 1) Genre: men (68%), women (32%); 2) Age: 18 to 35 years old (4%); 36 to 50 years old (52%); 51 to 70 years old (12%); >71 years old (3%); uninformed (29%); 3) Psychotropics: Alprazolam (14%), Bromazepam (13%), Clobazam (1%), Clonazepam (53%), Cloxazolam (7%), Diazepam (1%), Flurazepam (1%), Midazolam (2%), Nitrazepam (7%); 4) Trimester: Jan/Mar (22%), Apr/June (39%), July/Sept (31%), Oct/Dec (7%); 5) Service time: <5 years old (2%), 6 to 10 years old (5%), 11 to 20 years old (12%), 21 to 30 years old (48%); 6) Military rank: soldier (63%), officers (11%), pensionary (2%), uninformed (24%). **CONCLUSION:** The profile of the military police user of psychotropic drugs was female sex with an average age of 47. The most common psychotropic drug was Clonazepam. The service time when they most use the drugs was the one comprehended between 21 and 30 years of activity in the military force. From the Military Police personnel, there was no difference in relation to military officers.

KEYWORDS: Benzodiazepines. Psychotropic Drugs. Drug abuse. Brazil.

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que a vida de um policial militar implica em desgastes tanto físicos quanto psicológicos relacionados aos riscos iminentes do exercício de suas atividades, levando-os a vivenciar um conflito emocional constante, muitas vezes com pouca ou nenhuma possibilidade de controle nas situações de crise (COSTA *et al.*, 2010; BRAY; HOURANI, 2007; MAIA *et al.*, 2007; VIANNA, 2001).

Trata-se de uma profissão que envolve uma série de riscos. O policial militar está sujeito a lesões corporais, estresse, invalidez permanente e até mesmo morte durante o exercício de sua profissão. Assim sendo, é um trabalho que deve ser realizado por pessoas que possuam espírito público e que possam colocar a vida de outras pessoas em primeiro plano de maneira abnegada. Contudo, pela sua natureza humana e por lidarem com tantas adversidades os policiais acabam sujeitos a altos níveis de estresse e até mesmo estados continuados de estafa. Isso leva a uma série de sentimentos conflitantes por parte do policial, em se considerando que este deve, para manter a ordem e atender às suas obrigações, ter equilíbrio emocional para conseguir lidar de forma racional e acessível com a população demandante, e ao mesmo tempo usar a força física em situações de conflito, a fim de preservar a segurança do público em geral e sua própria integridade física (MAIA *et al.*, 2007; AMADOR, 1999; GOMES *et al.*, 2003; PATROCINIO; SOUZA, 2004).

Paralelamente às atribuições inerentes à vida cotidiana de qualquer indivíduo, somam-se as situações profissionais recorrentes de estresse, bem como as necessidades de vigilância continuada, até mesmo longos períodos de vigília que causam estes problemas. Posto, desta maneira, ressalta-se que o policial deve sempre estar alerta, pois pode estar sujeito a uma situação de risco a qualquer momento. Mesmo que não haja um risco iminente de vida ou lesão corporal - periódica ou até permanente -, o indivíduo encontra-se em estado de tensão devido a atenção constante que deve conservar, sendo este o grande fator gerador de estresse quase que diário (NEVES, 2007; GOMEZ, 2005, BENEVIDES *et al.*, 2002).

O uso de drogas ilícitas como heroína e cocaína está em declínio, enquanto os medicamentos controlados contendo substâncias psicoativas representam um dos mais consumidos no cenário internacional e nacional. Em 2013, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), os maiores consumidores de psicoativos foram: Estados Unidos, Argentina e Brasil (ONU, 2013; SHIRAMA, 2012).

No Brasil, houve um consumo anual de 500 milhões psicotr3picos diferentes, conforme estatística da Organizaç3o Mundial de Saúde (OMS). Desses, 70% eram medicamentos para diminuir a ansiedade, ou seja, psicotr3picos. No mundo moderno e competitivo a ansiedade faz parte do dia a dia, o ser humano muitas vezes consegue desligar de suas atividades somente se tomar uma droga (OMS, 2009; FORSAN, 2010).

No Brasil, no ano de 2007 a 2010, foi publicado um boletim pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), quantificando o consumo de medicamentos controlados que podem causar dependência. Dentre eles a classe dos psicotr3picos foi a que mais se destacou entre a lista de emagrecedores, antidepressivos e anabolizantes. Foram destacados os medicamentos psicotr3picos: Clonazepam, Bromazepam e Alprazolam. Estes medicamentos agem no Sistema Nervoso Central (SNC) agindo sobre a ansiedade e tensão (ANVISA, 2011; OMS, 2009; CEBRIM, 2003; CEBRIM, 2015; USPDI, 2000).

As situaç3es da vida moderna, os estudos, o trabalho e as atividades tendem a gerar ansiedade, o que pode advir também de situaç3es conflitantes que ocasionem desgaste, talvez nunca experimentado anteriormente. Estas condiç3es podem acarretar esgotamento físico e mental no indivíduo, facilitando o desencadeamento de processos patológicos (FORSAN, 2010; ALBIERO *et al.*, 2005; REISS JR. *et al.*, 1993).

O objetivo deste estudo foi avaliar o uso de medicamentos psicotr3picos em profissionais com atividade de alto nível de estresse, como o policial militar do estado de Goiás.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITO DE POLICIAL MILITAR

O Ministério da Defesa no Brasil é composto pelas Forças Armadas e Forças Auxiliares. As Forças Armadas são constituídas pela Marinha, Aeronáutica e Exército. São instituições nacionais permanentes e regulares, organizadas com base na hierarquia e na disciplina, sob a autoridade suprema do Presidente da República e destinam-se à defesa da Pátria, à garantia dos poderes constitucionais e, por iniciativa de qualquer destes, da lei e da ordem (BRASIL, 1999).

As Forças Auxiliares e Reserva do Exército, de acordo com a Constituição Federal de 1988, são as polícias militares e corpo de bombeiros. O art. 144 da Constituição Federal define que a segurança pública é dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é desempenhada para preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, através dos seguintes órgãos: polícia federal; polícia rodoviária federal; polícias civis; policiais militares e corpos de bombeiros militares (BRASIL, 1988).

A polícia militar de Goiás foi constituída em 28 de Julho de 1858, com a missão de promover a segurança pública dos cidadãos de Goiás, com o dever de dedicação integral ao serviço policial-militar e à fidelidade à instituição a que pertence mesmo com o sacrifício a própria vida, com base nos princípios da hierarquia e disciplina. A hierarquia é a classificação de autoridade em níveis diferentes, dentro da estrutura da polícia militar. A ordenação se faz pelas graduações, se as graduações forem iguais, segue-se pela antiguidade. O quadro hierárquico da polícia militar se divide em oficiais e praças:

Oficiais: Coronel, Tenente – Coronel, Major, Capitão, 1ºTenente e 2ºTenente.

Praças: Sub - Tenente, 1ºSargento, 2ºSargento, 3ºSargento, Cabo e Soldado.

A disciplina é a rigorosa observância e o acatamento integral das leis, regulamentos, normas e disposições que fundamentam o organismo policial militar e coordena seu funcionamento regular e harmônico (PMGO, 1975; PMGO, 2006).

Os tempos modernos exigem decisões dinâmicas e ágeis na área de segurança pública. “A regionalização com base na realidade dos fatos, visando às peculiaridades de cada região do estado”, afirma o atual Comandante Geral da Polícia Militar de Goiás. O maior patrimônio de uma instituição é a confiança que transmite a quem a ela recorre e a polícia militar apresenta esse atributo, fruto de uma tradição secular recheada por um trabalho intenso, árduo e competente para a garantia da segurança e da cidadania. Em 28 de julho de 2014, ao completar 156 anos de existência, a Milícia Goiana, disciplinada e dinâmica, traz como objetivo principal a apresentação de méritos a protagonizar importante página da história da civilização do nosso estado (PMGO, 2014; PMGO 2006).

O policial militar pode, se preciso, executar tarefas administrativas internas, como auxiliar as relações públicas, trabalhar como auxiliar de serviços gerais (limpeza de quartéis, por exemplo), auxiliar de almoxarifado, tesouraria, arquivo, provisionamento, manutenção, do serviço de inteligência, trabalhar como digitador ou armeiro. E outras atividades que sejam determinadas pelos seus superiores, respeitando regulamentos e leis (PMGO, 2014; PMGO 2006).

Normalmente as atribuições do policial militar são executar o patrulhamento ostensivo normal, rural e urbano, de trânsito, florestal e de mananciais, rodoviário, nas rodovias estaduais, rádio patrulha aérea e terrestre e garantir a segurança interna de estabelecimentos penais do estado (PMGO, 2014; PMGO 2006).

As principais responsabilidades do policial militar é possuir zelo pelo nome da instituição, cumprir e fazer com que as leis sejam cumpridas, as ordens, instruções e os regulamentos, sendo um profissional íntegro, leal e eficaz na hora de cumprir as funções que dizem respeito ao seu cargo, zelar pela disciplina e hierarquia e ainda ser cuidadoso com os armamentos e equipamentos pertencentes à corporação (PMGO, 2014; PMGO 2006).

Quando for preciso, cabe a este profissional ainda apoiar as ações da defesa civil, auxiliando em missões constitucionais o exército brasileiro e a segurança pessoal de dignitários.

Dessa forma, o integrante da polícia militar está sujeito às adversidades do cargo, assim como alterações comportamentais a que todo ser humano está sujeito (PMGO, 2014; PMGO, 1975).

2.2 MEDICAMENTOS SOB CONTROLE ESPECIAL

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

O Brasil é signatário da Convenção Única sobre Entorpecentes desde 1967, da Convenção de Substâncias Psicotrópicas desde 1971 e da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas desde 1988. Portanto, adota todas as medidas necessárias, com a ajuda de órgãos competentes, para o efetivo controle das atividades desenvolvidas internamente com substâncias entorpecentes, psicotrópicas e precursoras, bem como os medicamentos que as contenham (BRASIL, 1976 a, b; ANVISA, 2011).

As ações de controle e fiscalização do uso lícito no Brasil de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, incluídos os entorpecentes, psicotrópicos e precursores, historicamente, foram atribuídas exclusivamente ao Ministério da Saúde – artigo 6º da Lei n.º 6.368, de 21 de Outubro de 1976 – e, depois, por força da Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, desenvolvidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), visando, sobretudo, coibir seu uso abusivo e indevido, protegendo e promovendo a saúde e o bem estar da população (BRASIL, 1976 a, b; ANVISA, 2011).

A ANVISA segue um modelo de controle baseado na publicação de Regulamentos conforme a Portaria 344/98, Portaria 6/99 e o Sistema Nacional para Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) em 24 de novembro de 2009 foi criada a Resolução – RDC N°59 com a finalidade de promover o uso racional de medicamentos que podem gerar dependência física e/ou psíquica e manter a rastreabilidade por meio de transmissão eletrônica (ANVISA, 1998; ANVISA, 2011; ANVISA, 2009 a, b; BRASIL, 1976 a,b).

Este sistema foi implantado nas drogarias e farmácias comerciais do país para monitorar a dispensação de medicamentos, substâncias entorpecentes, psicotrópicos e seus precursores; aperfeiçoar o processo de escrituração; permitir o monitoramento de

hábitos de prescrição e consumo de substâncias controladas em determinada região para propor políticas de controle; captar dados que permitam a geração de informação atualizada e fidedigna para Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) para a tomada de decisão; ações da vigilância sanitária (ANVISA, 1998; ANVISA, 2011; ANVISA, 2009; BRASIL, 1976 a,b).

No mundo, a busca do ser humano pela cura já existe a alguns séculos, desencadeando um papel muito importante para a saúde. Os medicamentos eram extraídos de diversas plantas. A demarcação do farmacêutico ocorreu em um período marcado por guerras, epidemias e envenenamentos. Neste período, a farmacologia foi valorizada, devido à necessidade de tratar os soldados. No século X, surgiram os boticários responsáveis pelo cultivo das plantas utilizadas na preparação dos medicamentos. A profissão de farmacêutico foi oficializada em 1900 no Brasil sob a jurisdição do Conselho Federal de Farmácia (CFF) e a Lei 3.820/1960, responsável pela regulamentação da atividade de Farmacêutico (FOGAÇA, 2005).

Os Farmacêuticos exercem a profissão em seis grupos: manipulação e o comércio dos medicamentos ou remédios magistrais; a manipulação e a fabricação dos medicamentos galênicos e das especialidades farmacêuticas; o comércio direto com o consumidor de todos os medicamentos oficinais, especialidades farmacêuticas, produtos químicos, galênicos, biológicos e plantas de aplicações terapêuticas; o fabrico dos produtos biológicos e químicos oficinais; as análises reclamadas pela clínica médica; a função de químico bromatologista, biologista e legista. A presença do farmacêutico é essencial para o combate à automedicação (BRASIL, 2014; BRASIL; 1973).

O termo “abuso de substâncias” está relacionado, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, a problemas com o uso de substâncias psicoativas, utilizadas para deprimir, estimular ou interferir de alguma forma na atividade cerebral. Como exemplo o álcool, o fumo, as drogas “de rua” – dietilamida do ácido lisérgico (LSD), maconha, cocaína, alucinógenos, heroína, inalantes – e o uso ou abuso de drogas psicoativas que tenham sido prescritas ou não (ASHP, 1996).

2.3 MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Segundo a OMS desde 1981 psicotrópicos são definidos como substâncias que agem no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora, sendo, portanto, passíveis de

autoadministração, o que caracteriza a ideia de drogas que levam a dependência (OSTERLOCH *et al.*, 1990; WHO, 1991; OMS, 1994; CARLINI, 2006; DUTRA; BARBOSA, 2009).

Todos os benzodiazepínicos quando usados por períodos de 4 a 6 semanas, levam ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência. (FORSAN 2010; FRASER 1998).

Com atenção especial a que:

A possibilidade de desenvolvimento de dependência deve sempre ser considerada, principalmente na vigência de fatores de risco para a mesma, tais como o uso em mulheres idosas, em poli usuários de drogas, para alívio de estresse, de doenças psiquiátricas e distúrbios do sono (FORSAN, 2010; FRASER, 1998; LARANJEIRA; CASTRO, 1999).

Benzodiazepínico de ação longa é aquele indicado em casos em que se desejam uma atuação por longo período de tempo e utilizado em casos de ansiedade prolongada. Apesar de o Alprazolam ser considerado um medicamento de ação intermediária, seu tempo de meia-vida é próximo ao do Bromazepam: 14 horas e 16 horas, respectivamente, com o mesmo limite de variação de 20 horas (ROMEU, JUSTINO, LIMA, 2008; SILVA *et al.*, 2003; KOROLKOVAS, BURCKHALTER, 1988; SEBASTIÃO, 2005).

O Clonazepam é referido no meio psiquiátrico como um medicamento muito bem tolerado, de poucos efeitos adversos, com potencial de sedação importante, que atua bem em casos de ansiedade prolongada, sendo sua meia-vida de 24-36 horas (SEBASTIÃO, 2005).

Os “psicotrópicos” são medicamentos utilizados no combate à ansiedade, à depressão, à angústia, à insônia e à agitação. São também denominados sedativos ou tranquilizantes. Já a denominação “entorpecente” designa os psicotrópicos que têm por função principal embotar ou insensibilizar. Eles são, principalmente, os “opiáceos”, designados também “narcóticos” (CEBRIM, 2003; ANVISA, 2011).

A ação de cada psicotrópico depende:

- a) do tipo da droga – estimulante, depressora ou perturbadora;
- b) da via de administração;
- c) da quantidade da droga;
- d) da absorção e eliminação da droga pelo organismo;

- e) do tempo e da frequência de uso;
- f) da qualidade da droga;
- g) da associação com outras drogas;
- h) do contexto social;
- i) bem como das condições físicas e psicológicas do indivíduo.

As pessoas procuram encontrar alívio nas drogas, prazer ou um reforço positivo para as suas atividades, o que pode levar ao uso abusivo ou indevido de medicamentos psicotrópicos e, conseqüentemente, à farmacodependência. O uso contínuo destas drogas causa dependência física e psíquica, e o indivíduo pode desenvolver tolerância a estas substâncias e passar pela síndrome de abstinência (INCB, 1996; GALDURÓZ *et al.*, 1997; ANVISA, 2011; DRUMMER *et al.*, 2001).

Segundo a OMS, a dependência seria um conjunto de fenômenos psicofisiológicos que se desenvolvem após o repetido consumo de uma substância psicoativa. Geralmente, a dependência estaria associada a várias circunstâncias como, por exemplo, ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente da droga, apesar de suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade do uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e, finalmente, a um estado de abstinência quando de sua privação (ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004; BORGES, MELO; VIEIRA, 2008; DAILEY, 1996).

A tolerância é a necessidade de crescentes quantidades da substância para que se atinja o efeito desejado ou um efeito acentuadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade da substância. A característica essencial da abstinência de substâncias é o desenvolvimento de uma alteração comportamental mal adaptativa e específica à substância, com concomitantes fisiológicos e cognitivos, devido à cessação ou à redução do uso pesado e prolongado de uma substância (DAILEY, 1996; SEBASTIÃO, 2005; ANVISA, 2009).

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

ausência ou a presença de doenças adicionais também afetam os sintomas de abstinência (ASHP, 1996).

O abuso de substâncias é um problema social. Uma pesquisa nacional de 1996 sobre o abuso doméstico de drogas – a fonte primária de informação estatística sobre o uso ilegal de drogas pela população americana – estimou que 13 bilhões de americanos com idade acima de 12 anos são usuários de drogas (ASHP, 1996). Um estudo sobre distúrbios psiquiátricos nos Estados Unidos demonstrou que a prevalência de desordens devidas ao abuso ou à dependência de drogas está na faixa de 5,9%. Outros estudos sugerem que a prevalência do abuso de drogas entre os profissionais de saúde é semelhante ao da população em geral (ASHP, 1996; ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004; BORGES; MELO; VIEIRA, 2008).

O abuso de substâncias também é um sério problema em ambientes de trabalho. Setenta por cento das reportagens sobre o uso ilícito de drogas apontam que um em cada 12 empregados contratados são usuários de drogas ilícitas. O uso de substâncias por empregados em organizações reduz a produtividade, aumenta as faltas e os acidentes, ou seja, as consequências afetam negativamente a eficiência, a qualidade e os custos dos serviços em sua totalidade (ASHP, 1996; CARNEIRO; GUERRA-JUNIOR; ACURCIO, 2008).

Uma portaria do Ministério da Saúde (Portaria SVS/MS n.º 344, de 1998) aprova o Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial. Todas estas substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial são atualizadas e publicadas em Diário Oficial da União, e estão disponibilizados no site www.anvisa.gov.br (ANVISA, 2009b).

Na classificação da portaria 344/98 temos as seguintes receitas:

Cor Branca – Receita de Controle Especial – antidepressivos, retinóides de uso tópico, antirretrovirais, antibióticos e outros (Listas C1, C2, C4, C5);

Figura 2 - Receita Cor Amarela

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF _____ NÚMERO _____ A Data ____ de ____ de ____ Assinatura do Emitente _____		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Paciente _____ Endereço _____	ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA Nome: _____ Quantidade e Apresentação _____ Forma Farm. Concent. Unid. Posologia _____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Nome _____ Data _____	

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC

Fonte: DIVISA 2013.

Cor Azul – para psicotrópicos (Listas B1 e B2)

Figura 3 - Receita Cor Azul

UF _____ Número _____ Data: _____ Paciente: _____ Medicamento _____	Notificação de Receita UF _____ Número _____ B Data ____ de ____ de 20__ Paciente _____ END _____ Assinatura _____ Identificação do comprador NOME _____ ENDEREÇO: _____ IDENT.N.º _____ ORG. EMISSOR _____ TEL _____	ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA NOME: _____ QUANT. E APRESENTAÇÃO _____ FORMA FARM./CONCENTR/P/UNID/POS. _____ IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR NOME _____ DATA _____
--	--	--

(Nome Endereço e CRO do Cirurgião Dentista, impressos no receituário)

Fonte: Dados pesquisa.

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

Os medicamentos das listas B1 e B2 somente poderão ser dispensados nas farmácias e drogarias com retenção da receita que fica arquivada no estabelecimento por no mínimo dois anos. A notificação de receita B só é válida na unidade federativa que

concedeu sua numeração. A figura 1 indica um modelo de notificação de receita B. A Figura 4 apresenta as instruções de preenchimento da notificação de receita B.

Figura 4 - Instruções de preenchimento para notificação de receita B

Notificação de Receita Série ---		Identificação do Emitente Clínica de Endocrinologia Dr. João Kenneddy Junior CRMSP 45889 Rua Nove de Julho, 455 São Paulo Fone (011) XXX	Medicamento ou substância NON NON
UF (Estado)	UF SP	B	Quantidade e forma farmacêutica 03(três) ox comprimidos
Numeração Concedida pela VISA	Numeração 04 125001		Dose por unidade posológica Comp 10mg
	Assinatura - CR	Nome paciente-YYYYYYYY Endereço - R. da Consolação, 67 São Paulo/S.P.	Posologia 1 cp / 8 hora
Dados do Comprador (preenchido pela farmácia)	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome do comprador _____ Endereço _____ Telefone _____ Identidade n.º _____ Órgão Expedido _____		
Dados impressos: Nome e endereço do médico e sua inscrição no Conselho Regional nome e endereço da clínica			
		Nome e endereço completos do Paciente	Medicamento ou Substância Quantidade Forma farmacêutica Concentração e Posologia
			Preenchimento pela Farmácia ou Drograria
			Dados da Gráfica CNPJ, e endereço

Fonte: CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011.

Os talões de notificação de receita (A, B ou retinóides) utilizados para a prescrição de substâncias sujeitas ao controle da Portaria SVS/MS n.º 344/98* (entorpecentes / psicotrópicos / controle especial) ou medicamento que as contenham, deverão ser guardados em um local fechado à chave ou outro dispositivo que ofereça segurança (ANVISA, 2009b).

O acesso aos talões de notificações ou de receitas deve ser restrito a pessoa de inteira confiança do profissional. Em caso de roubo do talão de notificação de receita ou parte do mesmo, o médico deve registrar um Termo Circunstanciado de Ocorrência e informar a autoridade sanitária para as providências que se fizerem necessárias, bem como anotação na ficha do profissional.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2011) orienta o preenchimento correto dos receituários de psicotrópicos. O profissional deve prescrever medicamentos ou uma fórmula, em seu receituário comum, porém esta deverá vir acompanhada da:

- Notificação de receita “A” (oficial) para substâncias entorpecentes e medicamentos que as contenham;
- Notificação de receita “B” (de cor azul) para substâncias e medicamentos psicotrópicos;

c) Notificação de receita especial de “retinóides” (de cor branca) utilizada para medicamentos retinóicos, de uso sistêmico. Neste caso também deverá acompanhar o Termo de Conhecimento de Risco e o Termo de Consentimento Pós Informação, sendo que os dois termos têm a seguinte destinação: 1ª via - prontuário médico; 2ª via - farmácia ou drogaria; 3ª via - paciente.

A aquisição do talonário e da numeração do talão de notificação de receita “A” é gratuita para o profissional de hospital, clínica ou autônomo, pela Autoridade Sanitária estadual ou municipal. Para solicitar o talão de notificação de receita “A” ou retirar a numeração para imprimir os blocos de notificação de receita “B” ou a de retinóides de uso sistêmico, o profissional deverá dirigir-se pessoalmente à Autoridade Sanitária local, munido de: carteira do CRM e comprovante de endereço. No caso de o profissional não ter disponibilidade de ir pessoalmente à Vigilância Sanitária (VISA), poderá solicitar a retirada da ficha cadastral, talão e/ou numeração, por pessoa de sua confiança e, para isto, deverá autorizá-la por escrito no receituário comum do profissional, anexando cópia da documentação.

Toda farmácia ou drogaria só poderá aviar uma receita ou notificação de receita quando todos os dados da prescrição estiverem devidamente preenchidos pelo profissional e no modelo estabelecido pela Portaria SVS/MS n.º 344/98 (ANVISA, 2009b).

Âmbito de abrangência e responsabilidade das receitas:

- a) As notificações de receitas devem sempre estar acompanhadas de uma receita, que é o documento comprovante do paciente.
- b) As notificações de receita “A” poderão ser aviadas dentro do País (Nacional);
- c) As notificações de receita “B” ou a de retinóides de uso sistêmico só poderão ser aviadas dentro do estado onde for emitida a notificação.

Itens imprescindíveis para o preenchimento da notificação: devem estar sempre com todos seus campos imprescindíveis devidamente preenchidos pelo prescritor para que o paciente possa adquirir o medicamento ou a fórmula magistral.

Dados que devem ser impressos pela gráfica na notificação de receita “B”:

- a) Sigla da Unidade Federativa (sigla do estado);
- b) Identificação numérica composta de 8 dígitos (número sequencial, fornecido pela VISA ao profissional que possui um consultório médico ou uma clínica, bem como o hospital ou instituição. A gráfica deverá fazer constar no rodapé de cada folha a numeração sequencial, nome, endereço completo e CGC ou CNPJ da gráfica;

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

Dados a serem preenchidos pelo médico ou profissional:

- a) Nome e endereço completos do paciente - preenchido pelo profissional;
- b) Nome da substância ou do medicamento, sob forma de Denominação Comum Brasileira - DCB (genérico), quantidade, forma farmacêutica e apresentação;
- c) Data de emissão - data em que o profissional preencheu a notificação.
- d) Assinatura - quando o profissional estiver utilizando a notificação do hospital ou clínica, deverá identificar a assinatura com carimbo contendo CRM, CRMV ou CRO. Fica dispensado a identificação da assinatura com o carimbo no caso de estar impresso o nome do profissional e número do CRM, CRMV ou CRO, no campo emitente.

Dados a serem preenchidos pela farmácia:

- a) Identificação do comprador - dados do comprador;
- b) Identificação do fornecedor - identificação do estabelecimento, nome do responsável pelo aviamento e data.

Ao farmacêutico compete preencher o campo com os dados do comprador, aviar ou dispensar a receita e apor no verso da receita e da notificação um carimbo registrando data e quantidade aviada.

Quando a fórmula estiver pronta, o frasco deverá estar devidamente rotulado.

O farmacêutico deverá carimbar a receita, devolvendo a mesma ao paciente como comprovante de aquisição, e reter a notificação de receita, como documento de escrituração.

O médico deve orientar o paciente para observar se o rótulo do medicamento ou de uma formulação encontra-se de acordo com a prescrição.

Quando a prescrição se referir a uma formulação magistral, o paciente deverá ser orientado a verificar se foi colocada uma etiqueta de cor identificando as substâncias que se encontram descritas no rótulo, da seguinte maneira (ANVISA, 2009b):

- a) Entorpecentes (listas A1, A2 e A3) constantes desta Portaria deverão também possuir: etiqueta de cor preta com os dizeres:

Venda sob prescrição médica

Atenção: pode causar dependência física ou psíquica

- b) Psicotrópicas (listas B1, B2), constantes desta Portaria, deverão também possuir etiqueta de cor preta com os dizeres:

Venda sob prescrição médica

O abuso deste medicamento pode causar dependência

No caso de formulação contendo a substância anfepramona ou dietilpropiona, além destes dizeres, deverá também fazer constar

Atenção: Este medicamento pode causar Hipertensão Pulmonar

Tabela 1- Lista das substâncias psicotrópicas

Lista A3 - Notificação de Receita "A"		
Anfetamina	Dronabinol	Levometanfetamina
Catina	Fenciclidina	Metanfetamina
2cb (4-bromo-2,5-dimetoxifeniletamina)	Fenetilina	Metilfenidato
Clobenzorex	Femetrazina	Modafinila
Clorfentermina	Levanfetamina	Tanfetamina
Dexanfetamina		

Lista B1 Notificação de Receita "B"		
Alobarbitol	Etclorvinol	Nordazepam
Alprazolam	Etlanfetamina (n-etlanfetamina)	Oxazepam
Amineptina	Etinamato	Oxazolam
Amobarbitol	Fenobarbitol	Pemolina
Aprobarbitol	Fludiazepam	Pentazocina
Barbexaclona	Flunitrazepam	Pentobarbitol
Barbitol	Flurazepam	Pinazepam
Bromazepam	Ghb (ácido gama – hidroxibutírico)	Pipradrol
Brotizolam	Glutetimida	Pirovarelona
Butalbitol	Halazepam	Prazepam
Butabarbitol	Haloxazolam	Prolintano
Camazepam	Lefetamina	Propilexedrina
Cetazolam	Loflazepato de etila	Secbutabarbitol
Ciclobarbitol	Loprazolam	Secobarbitol
Clobazam	Lorazepam	Temazepam
Clonazepam	Lormetazepam	Tetrazepam
Clorazepam	Medazepam	Tiamilal
Clorazepato	Meprobamato	Tiopental
Clordiazepóxido	Mesocarbo	Triazolam
Cloreto de etila	Metilfenobarbitol (prominal)	Triexifenidil
Clotiazepam	Metiprilona	Vinilbitol
Cloxazolam	Midazolam	Zaleplona
Delorazepam	Nimetazepam	Zolpidem
Diazepam	Nitrazepam	Zopiclona
Estazolam	Norcanfano (fencanfamina)	

Lista B2 Notificação de Receita “B2”

Aminorex	Fendimetrazina	Mazindol
Anfepramona	Fentermina	Mefenorex
Femproporex		

Fonte: ANVISA, 2009b.

2.4 O USO DE PSICOTRÓPICOS POR POLICIAIS MILITARES

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

Sabe-se que o ser humano, ao se ver em situações de estresse, busca meios de escape diferenciados e, levando em conta que certos grupos populacionais tem, teoricamente, mais acesso a qualquer tipo de droga, alguns estudos tem sido idealizados para mapear as situações que mais contribuem para justificar o acesso e consumo das drogas e verificar o impacto deste comportamento para os indivíduos e a sociedade (VERSTRAETE; PIERCE, 2001; NOTO *et al.*, 2002; SILVA *et al.*, 2003; OMS, 2003; NGROUND-MBONGUE, 2005; BRAY; HOURANI, 2007; CARLINI *et al.*, 2007). Alguns trabalhos denotam a especial preocupação com o abuso de drogas nas instituições militares.

Em um estudo realizado por Costa *et al.*, (2010) nos municípios de Goiânia e Aparecida de Goiânia, com o intuito de levantar a prevalência do uso de drogas lícitas e ilícitas entre policiais militares do estado de Goiás, verificou-se que os padrões de uso variaram de acordo com os períodos específicos avaliados no estudo, com frequência mais elevada para as de cunho legal, como tabaco e álcool. A frequência de uso foi analisada por períodos - último mês, último ano e qualquer época da vida-, utilizando-se questionário desenvolvido pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas aplicado diretamente a participantes voluntários. O consumo do álcool apresentou predominância em todos os períodos investigados pelo estudo, seguido pelo uso do tabaco, sendo que a prevalência encontrada para o consumo do tabaco foi inferior à observada por Maia *et al.* (2007). Houve também alta prevalência de uso de

psicotrópicos sendo considerado fator importante com potencial influência sobre as atividades de trabalho. Corroboram com este dado os achados de Maia *et al.* (2007) que relatam a existência de relação entre a intensidade de estresse e o uso de psicotrópicos em sua pesquisa sobre estresse pós-traumático em unidades de elite da polícia militar do estado de Goiás.

Costa *et al.* (2010) chamam a atenção para o aumento anual do uso de drogas lícitas e ilícitas uma vez que podem causar sérias consequências tanto para os usuários como para a sociedade, sendo danosas para a saúde do indivíduo, podendo afetar o sistema psicomotor e provocar mudanças de comportamento. Relatam ainda uma série de estudos que demonstram prevalência e a influência negativa do abuso de drogas no exercício da profissão, em especial em corporações onde os cargos exigem constante concentração e equilíbrio emocional. Ressaltam a importância de um controle para o uso de drogas no meio militar, no qual as atividades envolvem o uso de armas e a segurança pública.

Em sua pesquisa e extensa revisão de literatura sobre o assunto Costa *et al.* (2010) relatam não haver encontrado muitos trabalhos na área de pesquisa científica a respeito do uso de psicotrópicos por policiais militares no Brasil. Nessas circunstâncias, delimitam seu trabalho a uma pesquisa sobre o uso das drogas lícitas e ilícitas por parte dos policiais, a comparação com a frequência de uso das mesmas pela população brasileira em geral, e a prevalência do uso de psicotrópicos nos integrantes da força policial do estado de Goiás. O estudo aponta uma elevada taxa de uso do álcool pelos policiais (87,7%), acima da identificada a nível de Brasil (74,6%), com relato dos policiais o início precoce da ingestão de álcool – ainda na adolescência. Um dado relevante foi o da ingestão de álcool por boa parte dos indivíduos em datas próximas à pesquisa (COSTA *et al.*, 2010)

Da mesma forma, no estudo supracitado, a taxa de uso de ansiolíticos de 6,5% foi maior que a apresentada para o Brasil como um todo (5,6%), possivelmente devido a fatores de estresse relacionados com o trabalho, considerando que a amostra em questão trata de policiais militares. Não foi encontrada relação entre o uso de psicotrópicos e a crença religiosa, bem como a comparação entre o uso de psicotrópicos e o relacionamento no local de trabalho não demonstram associação que justifique maior consumo de drogas ou alterações de humor (COSTA *et al.*, 2010)

A problemática do uso e abuso de drogas entre militares leva em conta, principalmente, os problemas de disciplina e as perturbações graves verificadas entre

eles após o uso destas substâncias, causando não apenas problemas em serviço, mas também colocando em risco sua própria saúde e segurança, bem como de seus familiares. A preocupação com o uso de drogas nas instituições militares é tão grande que Jedrzejczak e Kloczkowski (2004) na Polônia, Bray e Hourani (2007) e Lacy *et al.* (2008) nos Estados Unidos realizaram estudos para analisar o problema.

No Brasil os estudos de Maia *et al.* (2007), Dutra e Barbosa (2009) e Costa *et al.* (2010) são relacionados ao tema envolvendo o perfil do policial militar usuário de psicotrópico e a proporção de dispensação desta substância aos militares, seja em farmácias da corporação ou nas farmácias civis.

Segundo Dutra e Barbosa (2009) a Polícia Militar é uma instituição que, ligada ao Poder Executivo, realiza policiamento ostensivo por meio de ações repressivas e preventivas. Em muitas situações a alta exigência nesta modalidade de serviço implica em desgastes tanto físicos quanto psicológicos. Os policiais militares estão à mercê da própria sorte quanto aos riscos iminentes no exercício da atividade, levando-os a vivenciar um contínuo conflito emocional. A possibilidade de ter pouco ou nenhum controle nas situações de crise é constante neste tipo de atividade.

O quadro de efetivos da Polícia Militar é dividido em três: combatentes, administrativos e saúde. O quadro de combatentes e administrativos contém os Grupos de Operações Especiais, Serviço de Inteligência e Policiamento de Trânsito. Os dois primeiros estão ligados ao serviço operacional da polícia militar e os militares do Corpo de Saúde prestam um serviço de suporte aos policiais de combate (DUTRA; BARBOZA, 2009).

Muitos dos policiais militares por exercerem atividades internas nas organizações policiais, passam sua vida profissional sem efetuar um disparo de arma de fogo em serviço, tendo este contato apenas em pista de tiro. Enquanto outros policiais lotados nos grupos de atendimento de ocorrências participam dessas experiências em larga escala, ficando em contato direto com o risco de neutralizar o agressor ou ser neutralizado por este. Em média os turnos de serviço com maior nível de estresse físico e mental são os de doze horas e durante o serviço operacional são realizadas incursões e capturas a indivíduos que exigem alto nível de concentração para que o policial militar aplique sem falha, suas técnicas e como resultado, logre êxito, pois um dos bens em risco nestas incursões é a própria vida do profissional (DUTRA; BARBOZA, 2009).

No entanto, esta jornada de doze horas contínuas de trabalho é estafante, com folga de quarenta e oito horas, e acumula desgaste físico e mental no profissional a

ponto deste sentir-se prestes a um colapso nervoso, pois o indivíduo enfrenta um turno exigente e uma folga insuficiente para recompensar seu organismo. Esta folga, rotineiramente é reaproveitada pelo policial militar para exercer outras atividades remuneradas com objetivo de somar receitas suficientes para garantir o orçamento familiar (DUTRA; BARBOZA, 2009).

Esta constante agressão ao emocional de alguns indivíduos pode promover quadros exacerbados de ansiedade, exigindo em diversos casos, o uso de medicamentos psicotrópicos (DUTRA; BARBOZA, 2009).

Após experiência de trabalho durante alguns anos em uma instituição que atende exclusivamente os policiais militares, resultando em participação da rotina dos policiais militares e na dispensação diária de medicamentos, com maior prevalência de psicotrópicos, surgiu a indagação: “Qual será a extensão do uso de medicamentos psicotrópicos entre os policiais militares”?

O principal achado deste estudo foi o questionamento sobre qual será a real demanda de ansiolíticos por parte dos policiais da região. Sobre o que levaria a essa demanda, em que condições os medicamentos seriam tomados, se haveria acompanhamento profissional médico e/ou psicológico, se existiria a possibilidade frequente de drogadição dependendo do tempo/quantidade de uso, ou se seriam eventos passageiros, produzindo efeitos por períodos esporádicos de tempo apenas e vindo depois o sujeito a retomar uma vida sem a necessidade de ter uma medicação como suporte para manter o equilíbrio no dia a dia.

O questionamento segue a mesma linha de estudo anterior realizado por Costa *et al.* (2010), no estado de Goiás, sobre qual será a real demanda de ansiolíticos por parte dos policiais da região - desta vez trazendo dados sobre a demanda por drogas específicas e de prescrição médica.

3 OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar o uso de medicamentos psicotrópicos da Lista B1 em policiais militares do estado de Goiás.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar a faixa etária e o gênero que mais utilizou os psicotrópicos;
- b) Identificar o psicotrópico B1 mais utilizado pelo policial militar do estado de Goiás;
- c) Quantificar o tempo de serviço do policial militar que fez uso com maior assiduidade dos medicamentos psicotrópicos;
- d) Avaliar a proporção do uso de psicotrópicos segundo o quadro de composição militar (praças e oficiais).

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional descritivo e retrospectivo no ano de 2011, com o N amostral de 100, por conveniência, baseado nos policiais que fizeram uso de substâncias psicoativas da Farmácia da PM-GO. Este estudo sobre o uso de psicotrópicos pelos policiais militares do estado de Goiás foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana do Hospital das Clínicas da Universidade da Federal de Goiás (protocolo nº174/2011 – Anexo 1). Essa pesquisa foi aprovada pelo Diretor de Saúde do Hospital do Policial Militar e Presidente da Fundação Tiradentes, Coronel Elói Bezerra de Castro Neto, que autorizou a coleta de dados através do sistema da farmácia da corporação e receituários.

O quadro efetivo de policiais oficiais no ano de 2011 foi de 1013 e de policiais praças 11390, tendo um efetivo feminino de 1031. Estas informações correspondem aos dados constantes da chefia de recursos humanos (CRH). O local da pesquisa foi determinado em função da relação profissional da pesquisadora com o mesmo.

Como a pesquisa não envolveu abordagem direta a pessoas, não houve necessidade de aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido. Não houve intenção de avaliar os sujeitos, apenas de identificar a demanda em relação aos medicamentos de receituário controlado B1 mais usados pelos policiais e sua ocorrência em função da idade, sexo, patente e tempo de serviço.

Este trabalho está de acordo com as diretrizes éticas internacionais sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

4.2. CASUISTICA

A pesquisa foi realizada na Fundação Tiradentes que é uma instituição sem fins lucrativos, criada em 2003 com o objetivo de prestar assistência social, médica, laboratorial, odontológica, transporte em ambulâncias e UTIs 24hs, diagnósticos por imagem, hospitalar, fisioterapêutica, habitacional, educacional, póstuma, atividades físicas, sociais, culturais e espirituais ao policial militar e família. Em 2012 a instituição

contava com quatro farmácias próprias, duas em Goiânia no Hospital do Policial Militar e na sede da Fundação Tiradentes, uma em Anápolis e uma em Valparaíso. O objetivo destas farmácias é de vender medicamentos a preço de custo, descontando posteriormente nos vencimentos. Além destas farmácias, a Fundação Tiradentes mantinha convênios com uma série de farmácias localizadas em outras cidades para o policial adquirir, com a receita médica, o medicamento a preço convencional e posteriormente descontar nos vencimentos.

Local da pesquisa foi na Farmácia Fundação Tiradentes localizada no Hospital do Policial Militar, na Avenida Engenheiro Atílio Correia Lima, nº 1.549, Cidade Jardim, Goiânia – GO, que atende aos policiais militares e seus familiares. O local foi determinado a partir de questionamento sobre o aviamento de receituários do tipo B1 e o volume de sua ocorrência, advindo da experiência da pesquisadora em seu período de trabalho no local ao longo de seis anos.

4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um formulário padronizado (Anexo 2), para coleta dos dados: nome, sexo, idade, tempo de serviço, patente, endereço, telefone, medicamentos, doses, área da polícia e posologia prescrita.

4.4. GRUPO DE ESTUDO

Policiais militares do estado de Goiás que adquiriram medicamentos na farmácia Fundação Tiradentes.

O quadro da Polícia Militar do Estado de Goiás se divide em oficiais e praças. No quadro de oficiais temos a seguinte composição: Coronel, Tenente-Coronel, Major, Capitão e Tenente. No quadro de praças temos a seguinte composição: Sub – Tenente, Sargento, Cabo e Soldado.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de Inclusão: 100 receituários controlados de medicamentos da classe B1 de 2011.

Critérios de Exclusão: Receituários controlados ilegíveis, receituários controlados para medicamentos que pertencem à classe C1 e pacientes dependentes;

4.6 ANALISE DOS DADOS

Os dados foram inicialmente coletados nos formulários (Anexo 2) e posteriormente transferidos para planilhas eletrônicas (Microsoft Excel[®]) para compor um banco de dados.

As informações constantes no formulário padronizado (Anexo 2) foram classificadas por sexo, idade, tempo de serviço e patente dos militares, medicamentos por nome genérico, doses prescritas e posologia prescrita.

Após a classificação procedeu-se com a estatística descritiva dos dados coletados.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados de arquivo foram previamente autorizados pela diretoria técnica do Hospital da Polícia Militar e comando de saúde da Polícia Militar.

Os mesmos foram avaliados e manipulados exclusivamente pelo pesquisador, garantindo a segurança do paciente como sujeito de pesquisa e a idoneidade da investigação.

O diretor do Hospital do Policial Militar foi esclarecido sobre o teor da pesquisa recebendo todas as informações necessárias sobre os objetivos, bem como a garantia dos quesitos de sigilo das informações coletadas, de arquivamento dos dados de forma confidencial e de utilização destes estritamente para fins de pesquisa científica de

acordo com os princípios éticos vigentes pela instituição e pela Resolução CNS. 466/12 serão cumpridos (ANVISA, 2013).

Após concordar com os termos da pesquisa, assinou o Termo de Autorização de Manuseio de Dados.

5 RESULTADOS

O estudo apresentado foi realizado com o N 100, no intuito de avaliar a dispensação dos medicamentos psicotrópicos na Farmácia do Policial Militar, e ainda verificar os dados demográficos, medicamento psicotrópico, tempo de serviço, trimestre e patente, chegando aos seguintes resultados.

Tabela 2 – Distribuição do Número de policiais militares e/ou pensionistas que fizeram uso das dispensações de Medicamentos Psicotrópicos B1, de acordo com a idade, no Hospital da Policia Militar, 2011.

Idade (anos)	Número de usuários (N=100)	
	n	%
18 — 36	4	4
36 — 51	52	52
51 — 71	12	12
≥ 71	3	3
Não informado	29	29

Fonte: Dados da pesquisa

Foram observados 4 policiais na faixa etária de 18 a 35 anos (4%); 52 na faixa dos 36 aos 50 anos (52%), 12 na faixa dos 51 aos 70 anos (12%) e 3 com mais de 70 anos (3%), 29 policia (29%) não possuíam dados referentes à idade (Tabela 2).

Tabela 3 - Distribuição do número de policiais militares e / ou pensionistas que fizeram uso das dispensações de Medicamentos Psicotrópicos B1, segundo o sexo, no Hospital do Policial Militar, 2011.

Sexo	Número de usuários (N=100)	
	n	%
Masculino	68	68
Feminino	32	32

Fonte: Dados da pesquisa

A análise foi feita com 100 policiais, sendo 68 homens e 32 mulheres (Tabela 3). A amostragem contou com policiais militares ativos, inativos, reformados e pensionistas. Porém, foi necessário estabelecer a porcentagem quantitativa de policiais militares femininos e masculinos para chegar a números exatos. E de acordo com os

dados da CRH no estado de Goiás o quadro de policiais militares é dividido em 10.880 do sexo masculino e 1031 do sexo feminino. Daí, calcula-se:

$$\frac{68}{10880} = 0,006 - \text{Masculino}$$

$$\frac{32}{1031} = 0,03 - \text{Feminino}$$

Portanto para a pesquisa o quantitativo feminino teve uma maior proporção.

Tabela 4 - Distribuição do número de policiais militares e / ou pensionistas que fizeram uso das dispensações de Medicamentos Psicotrópicos B, segundo o medicamento mais dispensado, no Hospital do Policial Militar, 2011.

Princípio Ativo Dispensado	Número de usuários (N=100)	
	n	%
Clonazepam	54	54
Alprazolam	14	14
Bromazepam	13	13
Nitrazepam	7	7
Cloazolam	7	7
Midazolam	2	2
Flurazepam	1	1
Diazepam	1	1
Clobazam	1	1
Lorazepam	—	0

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto aos medicamentos controlados dispensados observou-se que a grande maioria utilizava o Clonazepam, totalizando 54% da demanda. Em segundo lugar aparece o Alprazolam, com 14%, e em terceiro lugar, com um percentual quase idêntico, o Bromazepam com 13% (Tabela 4). Em seguida, Cloazolam (7%) e Nitrazepam (7%) com a mesma porcentagem, e os demais valores, Diazepam (1%), Flurazepam (1%), Lorazepam (0%) e Midazolam (2%), foram pouco significativos (Tabela 4).

Tabela 5 - Distribuição do número de soldados e / ou pensionistas que fizeram uso das dispensações de Medicamentos Psicotrpicos B1 da Policia Militar, segundo a dispensação por trimestre, Hospital do Policial Militar, 2011.

Trimestre	Número de usuários (N=100)	
	n	%
Primeiro	23	23,0
Segundo	39	39,0
Terceiro	31	31,0
Quarto	7	7,0

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação a tabela 5 observa-se maior número de dispensa de medicação, com predomínio no período de abril a junho (39%), seguido por julho a setembro (31%), janeiro a março (23%) e outubro a dezembro com índice de (7%).

Tabela 6 - Distribuição do número de policiais militares e / ou pensionistas que fizeram uso das dispensações de Medicamentos Psicotrpicos B1, segundo a hierarquia do Quadro Militar, no Hospital do Policial Militar, 2011.

Hierarquia	Número de usuários (N=100)	
	n	%
Praça	67	67,0
Oficial	7	7,0
Pensionista	2	2,0
Não informado	24	24,0

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 7 - Distribuição do número de policiais militares que fizeram uso das dispensações de Medicamentos Psicotrpicos B1, segundo hierarquia do Quadro Militar, no Hospital do Policial Militar, 2011.

Hierarquia	Número de usuários (N=100)	
	n	%
Praça	67	85,1
Oficial	7	14,9

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto à patente, observou-se que o grupo de praças dispensou (67%) enquanto que no de oficiais foram (7%), caso inclua os pensionistas estas porcentagens mudam para praças (82,9%), oficiais (14,5%) e pensionistas (2,6%) (Tabela 6 e Tabela 7). Para estabelecer a porcentagem quantitativa de policiais militares de acordo com o quadro

hierárquico foram utilizados os dados da CRH/4 no estado de Goiás onde os oficiais correspondem 1013 e os praças 11.390. Daí, calcula-se:

$$\frac{7}{1013} = 0,007 - \text{Oficiais}$$

$$\frac{67}{11390} = 0,006 - \text{Praças}$$

Considerando a proporção de oficiais e praças pelo quadro observou-se não existir diferença em relação à hierarquia.

Tabela 8 - Distribuição do número de policiais militares e / ou pensionistas que fizeram uso das dispensações de Medicamentos Psicotrópicos B1, segundo o tempo de serviço, no Hospital do Policial Militar, 2011.

Tempo de serviço (Anos)	Número de usuários (N=100)	
	n	%
< 6	2	2,0
6 — 11	5	5,0
11 — 21	12	12,0
21 — 30	48	48,0
Não informado	33	33,0

Fonte: Dados da pesquisa

Já em relação ao tempo de serviço, nota-se que 48% mais da metade, composto por policiais que tem mais de 21 anos de corporação. Policiais que tem de 11 a 20 anos, de 6 a 10 anos e menos de 5 anos de tempo de serviço, representam 17,9%, 7,5% e 3%, respectivamente (Tabela 8).

Tabela 9 - Distribuição do número de policiais militares e / ou pensionistas que fizeram uso das dispensações de Medicamentos Psicotrópicos B1, segundo a sua patente, no Hospital do Policial Militar, 2011.

Patente	Número de usuários (N=100)	
	n	%
Soldado	30	30,0
Cabo	21	21,0
Terceiro Sargento	12	12,0
Subtenente	4	4,0
Tenente	6	6,0
Major	1	1,0
Não informado	26	26,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação à patente dos policiais militares que utilizaram as dispensações de medicamentos psicotrópicos, tem-se que 30% são da categoria de soldados, enquanto que 21% são cabos, 12% são sargentos, 4% são subtenentes, 6% tenentes e apenas 1% é major, porém não se pode ter uma conclusão precisa de qual categoria utilizou mais dispensações, quando estendido para toda a frota da PM a patente que mais necessita deste tipo de medicamento, devido ao fato de que o continente total da PM não possuem quantidades iguais em cada uma destas patentes. (Tabela 9).

Para estabelecer a porcentagem quantitativa de policiais militares de acordo com o quadro de patentes foram utilizados os dados da CRH no estado de Goiás onde os soldados correspondem a 5.421, cabos 2.444, terceiro sargento 1581, subtenente 286, segundo tenente 158 e major 167. Calcula-se:

$$\frac{30}{5421} = 0,005 \text{ – Soldados}$$

$$\frac{21}{2444} = 0,008 \text{ – Cabos}$$

$$\frac{12}{1581} = 0,007 \text{ – Terceiro Sargento}$$

$$\frac{4}{286} = 0,01 \text{ – Subtenente}$$

$$\frac{6}{426} = 0,01 \text{ – Primeiro e Segundo Tenente}$$

$$\frac{1}{167} = 0,005 \text{ – Major}$$

Considerando essas proporções nota-se igualdade entre oficiais e praças não havendo diferença em relação à patente.

O estudo resultou no seguinte perfil: policiais militares, do sexo feminino em relação à porcentagem da corporação, com idade entre 36 a 51 anos sendo a média de 47,03 anos, com o tempo de serviço de 21 a 30 anos, em relação ao medicamento psicotrópico o Clonazepam é o de maior prevalência e o período de maior consumo foi no segundo trimestre que corresponde de abril a junho, já o grau de hierarquia não faz diferença entre praças e oficiais e as patentes também não influenciaram.

6 DISCUSSÃO

No estado de Goiás conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) há uma população de 6.523.222 já o efetivo total da polícia militar é de 12.598 conforme quadro do CRH/4 o que gera proporcionalmente um policial para cada 517 indivíduos. Embora existam dados recomendando que o número ideal é de 1 policial a cada 225 habitantes e que muitas vezes esses dados sejam associados a Organização das Nações Unidas (ONU), a própria organização revela que não possuem nenhuma recomendação sobre o número de policiais por número de habitantes, já que isto depende dos níveis de violência e variam de acordo com a comunidade, cidade, município, estado, país e/ou região. A recomendação é que cada contexto seja analisado conforme suas características (FERREIRA, 2013).

Para a sociedade, o policial ideal é aquele que salva o cidadão do malfeitor. Aquele que arrisca a vida para promover a paz e o bem-estar de indivíduos desprotegidos. Estes policiais são vigiados pela sociedade assim como eles vigiam os presidiários em uma penitenciária, o policial não encontra espaço na sociedade para expressar seu medo, devido o modelo histórico que foi construído o tipo ideal. A percepção de que qualquer trabalhador oferece emoções além das energias específicas de cada profissão, então o esgotamento emocional do policial militar deve ser acompanhado (SILVA et al 2011).

Para Costa et al (2007) ao avaliarem 264 policiais militares da cidade de Natal, revelou uma expressiva prevalência de sintomas psicológicos, característicos das fases de resistência e quase-exaustão, em todos os postos hierárquicos da corporação, tais como sintomas de nervosismo, irritabilidade excessiva, raiva prolongada, cansaço excessivo, irritabilidade sem causa aparente e perda do senso de humor. Os sintomas físicos mais prevalentes foram mãos e pés frios, excessiva sudorese, tensão muscular, insônia, cansaço permanente, flatulência, falta de memória e doenças dermatológicas, fatores esses que podem levar ao uso de psicotrópicos.

A pesquisa apresentada revelou que as mulheres em relação à porcentagem da corporação são as que fazem o maior uso de psicotrópicos. Um estudo apresentado por Conceição e Souza (2013) corrobora com a pesquisa e revela que a estrutura hierárquica da instituição ainda é fortemente marcada por questões de gênero, sendo este determinante cultural da saúde. O processo de adoecimento destas mulheres dentro da corporação não pode ser ligado somente ao gênero, mas também às condições de

trabalho em que desenvolvem suas atividades, já que se sabe que estas atividades geram desgaste mental, estresse, sofrimento psíquico, riscos e vitimização de agravos por acidente e violência, desgaste físico, problemas osteomusculares pelas longas jornadas de trabalho em pé e a inadequação dos equipamentos para a anatomia do corpo feminino, entre outros. Outro fator que contribui para estes índices é que a mulher geralmente assume uma dupla jornada e ainda tem como obrigação os cuidados com a casa e os filhos.

Outro fator encontrado é o referente a faixa etária de maior incidência, sendo entre 36 a 51 anos e a média de 47,03 anos. Dados divergentes ao estudo de Conceição e Souza (2013) onde apresentaram que a faixa etária com maior índice de problemas de saúde foi entre os 30 aos 39 anos e os problemas de transtornos mentais e comportamentais aparecem em terceiro lugar nas ocorrências médicas, sendo estes os que levam ao uso de psicotrópicos.

O tempo de serviço relacionado ao uso de psicotrópicos foi de 21 a 30 anos. Um estudo apresentado por Ferreira et al (2012) com 188 policiais militares associou o tempo de serviço superior a 18 anos com fatores de mortalidade e ainda aqueles que não realizavam horas extras, que não possuíam folgas semanais e que trabalhavam fora da instituição.

O psicotrópico Clonazepam é o de maior prevalência e segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (LIMA, 2015) somente de janeiro a setembro deste ano foram quase 18 milhões de caixas de medicamentos vendidas. Estudo realizado Dutra e Barbosa (2009) onde avaliaram 88 policiais militares também teve o clonazepam como principal substância utilizada por policiais militares. Costa et. al. (2015) também encontrou em seus estudos a prevalência do uso de benzodiazepínicos.

Já em relação ao período de maior consumo destacou-se o trimestre que corresponde de abril a junho, é fato que o trabalho do policial, não deve ser focado somente no ambiente de trabalho, mas também no meio social que este se encontra, estando dentro deste contexto fatores importantes como salário e escolaridade (FERREIRA et al 2012).

Quanto ao grau de hierarquia não faz diferença entre praças e oficiais e as patentes também não influenciaram. Porém, para Conceição e Souza (2013) em seus estudos a prevalência foram os praças.

Silva et al (2011) menciona que o policial militar para ser considerado um ótimo policial não deve desobedecer ordens ou leis, apenas executá-las, a disciplina e a

hierarquia, são elementos importantes durante a ação do policial, a neutralidade e a imparcialidade, não se envolver emocionalmente é a condição primordial na resolução de conflitos.

Costa et. al. (2015) também avaliou o uso de psicotrópicos na polícia militar de Goiás através de exames de urina numa unidade corporativa e encontraram uma quantidade significativa de substâncias psicoativas, se comparada à média da população em geral. Destacando que estes estudos servem para chamar a atenção na imediata elaboração de leis específicas, que permitam a implantação de testes em amostras biológicas para verificar a exposição a estas substâncias.

A relação entre substância psicotrópica e a carreira de policial militar é importante a ser discutida, já que estes indivíduos lidam com vidas e armas de fogo, e os efeitos ao uso daquelas podem alterar o seu estado e contribuindo ainda mais para a violência urbana.

7 CONCLUSÃO

A idade média observada nesta pesquisa foi de 47,03 anos e a maioria é do sexo feminino.

O psicotrópico mais utilizado pelos policiais militares foi o Clonazepam.

O tempo de serviço militar mais frequente quanto ao uso de medicamentos psicotrópicos foi de 21 a 30 anos de atividade de polícia militar.

Não houve diferença significativa quanto a patente militar (praças e oficiais) no uso do psicotrópico.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado teve como foco a observação da demanda de medicamentos psicotrópicos, tendo como base de dados o receituário azul na farmácia do Hospital do Policial Militar, para identificação do uso destes medicamentos por policiais militares do estado de Goiás. Buscou-se analisar o perfil do policial militar usuário de psicotrópico e estabelecer o benzodiazepínico mais utilizado pelos indivíduos ali atendidos.

Como não existe um quantitativo ideal padronizado por nenhuma organização mundial ou nacional que determina o fator policial/por população, seria necessário um estudo sobre a violência no estado para saber se a quantidade de policiais é suficiente para a demanda.

De acordo com as características observadas em função de patente e hierarquia não influencia no uso de psicotrópicos.

Já o tempo de serviço nos leva ao questionamento sobre a necessidade de suporte psicológico da categoria, e se este suporte seria procurado pelos indivíduos, observamos a necessidade de criação/implementação de programas de suporte psicológico e conscientização sobre os medicamentos psicotrópicos.

A educação voltada à saúde possibilita ajudar as pessoas, em grupos, ou individualmente, e leva a conscientização dos seus problemas pessoais, profissionais e sociais.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Dispõe sobre a Resolução-**RDC N.344 de 12 de maio de 1998**. Dispõe sobre regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. ANVISA, Brasília, DF, 12 Maio. 1998.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Dispõe sobre a Resolução-**RDC N.44 de 17 de agosto de 2009**. Dispõe sobre as boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. ANVISA, Brasília, DF, 17 Ago. 2009a.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Dispõe sobre a Resolução-**RDC N.40 de 15 de julho de 2009**. Dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS nº. 344, de 12 de maio de 1998. ANVISA, Brasília, DF, 15 Julho. 2009b.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Dispõe sobre o boletim **SNGPC em julho de 2011**. O mapa interativo do consumo de ansiolíticos no Brasil. ANVISA, Brasília, DF, julho de 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Dispõe sobre a Resolução-**RDC N.466 de 12 de dezembro**. Dispõe sobre pesquisa em seres humanos e atualiza a resolução 196. ANVISA, Brasília, DF, 12 de dezembro 2013.

ALBIERO, F. G. et al. Utilização frequente de ansiolíticos e antidepressivos, no PSF João Maria em Blumenau: O Combate pela Fisioterapia Preventiva. **Revista de Fisioterapia da FURB**, Blumenau, v. 2, n.1, p. 1-16, jul. 2005.

AMADOR, F. S. **Violência policial: verso e reverso do sofrimento**. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: Avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, v.40, n.4, p.471-479, 2004.

ASHP. Statement on the pharmacist's responsibility for distribution and control of drug products. In: _____. **Practice Standards of ASHP 1996-97**. Deffenbaugh JH, ed. Bethesda, MD: American Society of Health – System Pharmacists; 1996.

BRASIL. **Lei nº 5.991 de 17 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial União, Brasília, DF, 17 dez. 1973.

BRASIL. **Lei nº 6.360 de 23 de setembro de 1976**. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos e dá outras providências. Diário Oficial União, Brasília, DF, 23 dez. 1976a..

BRASIL. **Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976**. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Diário Oficial União, Brasília, DF, 22 out. 1976b.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988** dispõe sobre: representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus. Diário Oficial União, Brasília, DF.

BRASIL. **Lei nº 97 de 09 de Junho de 1999**. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial União, Brasília, DF, 9 Jun. 1999.

BRASIL. **Lei nº 13021 de 11 de agosto de 2014**. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial União, Brasília, DF, 11 Ag. 2014.

BRAY, R. M.; HOURANI, L. L. **Substance use trends among active duty military personnel**: findings from the United States Department of Defense Health Related Behavior Surveys, 1980-2005, v. 102, n. 7, p. 1092-101, Jul. 2007.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BORGES, G.P.M.; BELO, T.; VIEIRA, J.R.S. Análise dos receituários de medicamentos psicotrópicos anorexígenos em uma rede privada de farmácia de Belém – Pará. **Infarma**, v.20, p.26-30, 2008.

CARLINI, E.A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**: 2005. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARNEIRO, M.F.G.; GUERRA-JUNIOR, A.F.; ACURCIO, F.A. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24 p.1763-1772, 2008.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS (CEBRIM) - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). Departamento de Psicofarmacologia. Haja ansiedade. Haja insônia. **Bol. CEBRID**, n. 47, jan./mar. 2003

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS (CEBRIM) - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). Departamento de Psicofarmacologia. **Perguntas e respostas**: drogas estimulantes – anfetaminas. 2015.

CONCEIÇÃO, A. C; SOUZA, E. R. Morbimortalidade de Mulheres Policiais Militares. **Cadernos de Segurança Pública**, ano 5, n. 4, 2013.

COSTA, M; ACCIOLY JUNIOR, H; OLIVEIRA, J; MAIA, E. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n.4, 2007.

COSTA, S. H. N; et al. Prevalência do uso de drogas psicotrópicas em unidades da polícia militar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p:1843-1849, 2015.

COSTA, S. H. N. et al. Survey on the use of psychotropic drugs by twelve military police units in the municipalities of Goiânia and Aparecida de Goiânia, state of Goiás, Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 32, n. 4, dez. 2010.

DAILEY, J.W. Drogas Sedativo-Hipnóticas e Ansiolíticas. In: CHARLES R.C.; ROBERT E. S. **Farmacologia moderna**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996.

DRUMMER, O.H.; ODELL, M. **The forensic pharmacology of drugs of abuse**. London: Arnold, 2001.

DUTRA, R. A.; BARBOSA, E. Uso de medicamentos ansiolíticos em policiais militares. **REBESP**, v. 2, n. 1, p. 2-7, 2009.

FERREIRA, D. A ONU nunca recomendou quantidade de policiais por habitantes. Disponível em: < <http://abordagempolicial.com/2013/11/a-onu-nunca-recomendou-quantidade-de-policiais-por-habitantes/>>. Acesso 29 dez. 2015.

FERREIRA, D. K. S; BONFIM, C; AUGUSTO, L. G. S. Condições de trabalho e M morbidade referida de policiais militares, Recife-PE, Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.4, p.989-1000, 2012.

FOGAÇA, B. **História da profissão farmacêutica no Brasil e no mundo**. São Paulo: Fundação Osvaldo Cruz, 2005.

FORSAN, M. A. **O uso indiscriminado de Benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. Campos Gerais-MG, 2010.

FRASER, A. D. Use and abuse of the benzodiazepines. **Ther Drug Monit.**, v. 20, n. 5, p. 481-9, Oct. 1998.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A. R., CARLINI, E. A. **IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e de 2º graus em 10 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas psicotrópicas (CEBRID), 1997.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID, 2004.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. F. R. Riscos da profissão. In: MINAYO, M. C. S.; Souza, E. R. (orgs). **Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

GOMEZ, C. M. Violência no trabalho. In: MINAYO, C. M. **O impacto da violência sobre a saúde**. MS/ OPAS/Claves, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2015: Resultados demográficos do universo**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/23266>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

JEDRZEJCZAK, M.; KLOCZKOWSKI, M. Epidemiologic trends of the intake of psychoactive agents by basic service soldiers. **Przegl Epidemiol.** v. 58, n. 4, p. 725-31, 2004.

INTERNATIONAL NARCOTIC CONTROL BOARD. **Psychotropic substances: statistics for 1996.** [s.l.]: INCB, 1996.

KOROLKOVAS, A.; BURCKHALTER, J. H. **Química Farmacêutica.** 1. Ed., São Paulo: Guanabara Koogan, 1988.

LACY, B. W. et al. Regional methamphetamine use among U.S. Army personnel stationed in the continental United States and Hawaii: a six-year retrospective study (2000-2005) **Mil Med.**, v. 173, n. 4, p. 353-8, 2008.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. Potencial de abuso de Benzodiazepínicos. In: BERNIK, M. A. (Ed.). **Benzodiazepínicos, quadro décadas de experiência.** São Paulo: Edusp, 1999.

LIMA, E. F. **Rivotril: a segunda droga mais consumida no Brasil.** Disponível em <<http://www.greenme.com.br/viver/costume-e-sociedade/2498-rivotril-a-segunda-droga-mais-consumida-no-brasil>>. Acesso 29 dez. 2015.

MAIA, D. B. et al. Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. **J Affect Disord.**, v. 97, p. 241-5, 2007.

NEVES, E. B. Gerenciamento do risco ocupacional no Exército Brasileiro: aspectos normativos e práticos. **Cad Saude Publica** (*on line*), 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlink&ref=000157&pid=S1413-8123200900050001100026&lng=em>. Acesso em: 08 Ago. 2015.

NGOUNDO-MBONGUE, T.B. et al. Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. **Pharmacoepidemiol Drug Saf.**, v. 14, n. 2, p. 81-9, 2005.

NOTO, A. N. et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 68-70, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório Mundial sobre Drogas 2013.** Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2013/0>>

6/26-world-drug-report-notes-stability-in-use-of-traditional-drugs-and-points-to-alarming-rise-in-new-psychoactive-substances.html>. Acesso em: 08 ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Tratamiento Farmacológico de los trastornos mentales em la atención primaria de salud 2009**. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf?ua=>>. Acesso em: 08 ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Developing National Policies on Violence and Injury Prevention, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/policy/policy_october2003.pdf?ua=1>. Acesso em 30 ago. 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Guia de la buena prescripcion**. Geneva: OMS, 1994.

OSTERLOCH, J.D.; BECKER, C.E. Chemical dependency and drug testing in the workplace. **West. J. Med.**, San Francisco, v.152, n.5, p.506-513,1990.

PATROCINIO, M. C. C.; SOUZA, E. M. C. D. Fatores psicossociais na gênese de atos agressivos de policiais militares, In: SAMPAIO, J. R. (Org.). **Qualidade de vida no trabalho e psicologia social**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

POLICIA MILITAR DO ESTADO DE GOIAS – PMGO. **Lei estadual N. 8.033 de 02 de Dezembro de 1975**. Dispõe sobre o estatuto dos policiais militares do estado de Goiás e dá outras providências. 02 de dez. Goiânia. GO.

POLICIA MILITAR DO ESTADO DE GOIAS – PMGO. **Lei estadual N. 15.704 de 20 de Junho de 2006**. Dispõe sobre o estatuto dos policiais militares do estado de Goiás e dá outras providências. 20 de jun. Goiânia. GO.

POLICIA MILITAR DO ESTADO DE GOIAS – PMGO. **Dispõe sobre o histórico da polícia militar do estado de Goiás. 13 de Fevereiro de 2014**. Goiânia. GO. Disponível em: <<http://www.pm.go.gov.br/Portal1/index.php?link=2&idc=75156>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

REISS Jr., A.J. e ROTH, J.A. (eds). **Understanding and preventing violence**. Panel on the understanding and controlo f violent behavior, Commitee on Law and Justice. Comissionon Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. Washington DC, National Academy Press, 1993.

ROMEU, G. A.; JUSTINO, P. F. C.; LIMA, A. M. A. Perfil da prescrição e dispensação de fármacos anorexígenos em fortaleza – CE. **Infarma**, v. 20 p. 32-37, 2008.

SEBASTIÃO, E. C. O. Intervenção Farmacêutica na qualidade assistencial e nas reações adversas da amitriptilina prescrita para pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde de Ribeirão Preto (SP). 2005.

SILVA, G. G. **A Identidade e o sofrimento policial militar: Entre o político e o privado**. Brasília-DF. Universidade de Brasília/departamento de Antropologia, 2011.

SILVA, O. A. et al. Drug use by truck drivers in Brazil. **Drugs Educ Prev Pol.**, v. 10, n. 2, p. 135-9, 2003.

SHIRAMA, F. H. **Estudo de prevalência e caracterização do consumo de psicofármacos por pacientes internados em clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral**. Ribeirão Preto, 2012.

SOUZA, Z. P. Legislação farmacêutica. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. **Ciências farmacêuticas - uma abordagem hospitalar**. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

USPDI. **Drug Information for the health care professional**. 20.ed. Englewood: Micromedex, 2000.

VERSTRAETE, A. G.; PIERCE, A. Workplace drug testing in Europe. **Forensic Sci Int.**, v. 121, n. 1, p. 2-6, 2001.

VIANNA, N.; A inspeção do Trabalho e a Violência nas Relações de Trabalho. In: Silva, José Fernando; Lima, Ricardo Barbosa de e Rosso, Sadi Dal (Organizadores). **Violência e Trabalho no Brasil**. Goiânia: Editora da Universidade Federal de Goiânia; Brasília: Movimento Nacional de Direitos Humanos, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Drug utilization studies, methods and uses**. Copenhagen: WHO, 1991.

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo 2 – Formulário

Anexo 3 – Autorização para Pesquisa

Anexo 4 – Quadro de Efetivo – Oficiais e Praças

Anexo 5 – Artigo de Revisão

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PROTOCOLO CEP/HC/UFG Nº 174/2011

Goiânia, 09/02/2012

INVESTIGADORA RESPONSÁVEL: Farm. Fernanda Rocha Couto Laureano
ORIENTADOR: Dr. Waldemar Naves do Amaral

TÍTULO: Uso de medicamentos psicotrópicos em policiais militares

Área Temática: Grupo III

Instituição proponente: Faculdade de medicina da Universidade Federal de Goiás

Local de Realização: Fundação Tiradentes; Drogafort Comércio e Importação Ltda

Área de conhecimento: Ciências da Saúde/Farmácia


Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa **analisou e aprovou *com recomendação** o projeto de pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

***Recomendamos:** Adequação da Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos: preenchimento dos campos 4; 8 e assinatura da pesquisadora na mesma.

Informamos que **não há** necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, relatórios semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão (ões) e publicação (ões).

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13*).


Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEP/HC/UFG

1ª AVENIDA, S/Nº, SETOR LESTE UNIVERSITÁRIO - CEP: 74 605-050 - FONE: 3269 8338 - FAX: 3269 8426
GOIÂNIA - GOIÁS

ANEXO 2 – FORMULÁRIO

PERFIL DO USUÁRIO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Militar ou civil: _____

Quantos anos de polícia militar: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Patente: _____

Quais são os medicamentos e as doses utilizadas: _____

Em qual área da polícia militar trabalha?

() Combatente

() Administrativo

() Saúde

Qual a posologia utilizada? _____

Data da receita: _____

ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

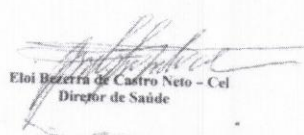


Goiânia, 09 de Setembro de 2010.

Declaração

Senhor (a) Pesquisadora,

Através desta, venho informar a V.Sª, que eu Cel. Eloi Bezerra de Castro Neto, Diretor de Saúde do Hospital do Policial Militar, autorizo a pesquisadora Fernanda Rocha Couto a fazer coleta de dados através de questionários que serão aplicados aos policiais Militares na Farmácia Fundação Tiradentes, declaramos ainda que o estabelecimento tem plena condições para que seja desenvolvida tal pesquisa.


Eloi Bezerra de Castro Neto – Cel
Diretor de Saúde

A Ilma. Sra.
Fernanda Rocha Couto
Pesquisadora

Av. Conforto, 2185 - Setor Central - Goiânia (GO) - CEP: 74.055-140
Fone: (62) 3269-3314 - Website: www.funacaotiradentes.org.br

ANEXO 4 – QUADRO DE EFETIVO DE OFICIAIS E PRAÇAS

ANO DE 2011

QUADRO DE EFETIVO - OFICIAIS

	CEL		TEN CEL		MAJ		CAP		1º TEN		2º TEN		TOTAL		
	PREV	EXIST	PREV	EXIST	PREV	EXIST	PREV	EXIST	PREV	EXIST	PREV	EXIST	PREV	EXIST	
QOPM	28	37	81	84	128	138	202	208	245	146	287	2	971	615	
QOSPM	MÉD	1	2	5	5	9	8	15	15	18	9	20	0	68	39
	ODONT	1	2	5	5	9	10	15	15	18	17	20	0	68	49
	MULT			1	1	7	5	12	0	20	0	25	0	65	6
	PSICOL			1	1	2	0	5		15		20		43	1
QOAPM					6	6	45	43	88	91	158	156	297	296	
COEPM					1		2	2	6	5	8	0	17	7	
TOTAL	30	41	93	96	162	167	296	283	410	268	538	158	1529	1013	

QUADRO DE EFETIVO - PRAÇAS

	ST		1º SGT		2º SGT		3º SGT		CB		SD		TOTAL	
	PREV	EXIST	PREV	EXIST	PREV	EXIST	PREV	EXIST	PREV	EXIST	PREV	EXIST	PREV	EXIST
QPPM	244	241	482	477	1014	1003	1657	1547	2451	2442	7900	5421	13748	11131
QPM/MUSICO	24	23	62	61	86	70	50	33	45	2	78	0	345	189
QPS/SAÚDE	23	22	32	32	30	15	35	1		0			120	70
TOTAL	291	286	576	570	1130	1088	1742	1581	2496	2444	7978	5421	14213	11390

PRAÇAS ESPECIAIS				
ASP	CFO III	CFO II	CFO I	TOTAL
0	0	122	0	122

ALUNOS			
AL SGT	AL CB	AL SD	TOTAL
0	0	73	73

SD PMT
0

TOTAL GERAL	
PREV	15.742
EXIST	12.598


SALATIEL MORAES JORDÃO – MAJOR PM
 Chefe da CRH/4

Salatiel M. Jordão - Maj QOPM
 Chefe CRH/4

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS: USO, PRESCRIÇÃO E CONTROLE

PSYCHOTROPICS DRUGS: HOW TO
USE, PRESCRIPTION AND CONTROL

FERNANDA ROCHA COUTO LAUREANO¹, VALDIVINA ETERNA FALONE²,
WALDEMAR NAVES DO AMARAL FILHO³, WALDEMAR NAVES DO AMARAL⁴

Palavras-chave: Benzodiazepínicos. Psicotrópicos. Drogas de abuso. Controle de medicamentos.
Keywords: Benzodiazepines. Psychotropic drugs. Drugs abuse. Drug control.

RESUMO

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

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

ABSTRACT

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

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

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

2 - Fisioterapeuta da Clínica Fértil

3 - Acadêmico de Medicina da Universidade Católica de Brasília

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

REVISÃO DA LITERATURA

MEDICAMENTOS SOB CONTROLE ESPECIAL

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

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

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

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

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

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

A ação de cada psicotrópico depende:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Âmbito de abrangência e responsabilidade das Receitas:

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

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

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

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

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

Dados a serem preenchidos pelo médico ou profissional:

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

Tabela 1. Lista das substâncias psicotrópicas.

Lista A3 – Notificação de Receita "A"

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

Lista B1 – Notificação de Receita "B"

Alobarbitol
Alprazolam
Amineptina
Amobarbitol
Aprobarbitol
Barbexaclona
Barbital
Bromazepam
Brotizolam
Butalbital
Butabarbital
Camazepam
Cetazolam
Ciclobarbitol
Clobazam
Clonazepam

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

Lista B2 - Notificação de Receita "B2"

Aminorex
 Anfepramona
 Femproporex
 Fendimetrazina
 Fentermina
 Mazindol
 Mefenorex

CONCLUSÃO

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

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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