

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**EDUARDO ALVARENGA JUNQUEIRA FILHO**

**USO INDISCRIMINADO DE MEDICAÇÕES PSICOTRÓPICAS NA REGIÃO DE SANTO ANTÔNIO  
DO CRUZEIRO NO MUNICÍPIO DE NEPOMUCENO (MG): PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**Campos Gerais**

**2015**

**EDUARDO ALVARENGA JUNQUEIRA FILHO**

**USO INDISCRIMINADO DE MEDICAÇÕES PSICOTRÓPICAS NA REGIÃO DE SANTO ANTÔNIO  
DO CRUZEIRO NO MUNICÍPIO DE NEPOMUCENO (MG): PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Olinda Maria Gomes da Costa Vilas Boas

**Campos Gerais**

**2015**

**EDUARDO ALVARENGA JUNQUEIRA FILHO**

**USO INDISCRIMINADO DE MEDICAÇÕES PSICOTRÓPICAS NA REGIÃO DE SANTO ANTÔNIO  
DO CRUZEIRO NO MUNICÍPIO DE NEPOMUCENO (MG): PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof. Nome - Instituição

Examinador 2 – Prof. Nome - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2015

## **AGRADECIMENTOS**

Dedico este trabalho a todos aqueles que sempre estiveram ao meu lado, aos meus pais, Patrícia e Eduardo; ao meu grande amor, Flavinha; a minha equipe de trabalho que tanto me ajudou durante todo esse ano, em especial à Odete e Gih, queridas agentes comunitárias de saúde; Neide, nossa técnica de enfermagem e ao grande amigo que fiz, nosso querido Grilo. À orientadora deste projeto, professora Olinda, o meu muito obrigado.

**“O segredo do sucesso é ir de fracasso em fracasso sem perder o entusiasmo”**

## **RESUMO**

A utilização de psicofármacos ou medicamentos psicotrópicos tem crescido mundialmente nas últimas décadas. Neste contexto, os fármacos chamados de benzodiazepínicos, em especial, estão entre os mais prescritos no mundo. Diante da constatação, pelas equipes de agentes de saúde e da enorme quantidade de receitas transcritas a cada três meses de psicotrópicos, o autor viu a necessidade de entender como se dá a dependência por esses medicamentos e, além disso, realizar um plano de ação na região rural de Santo Antônio do Cruzeiro, no município de Nepomuceno, MG. Foram feitas reuniões em grupo, questionários, análise de prontuários e iniciado o processo de descontinuação para aqueles pacientes que já não necessitavam do uso da medicação psicoativa. Ficou constatado a grande dependência da população estudada em relação aos psicotrópicos e, principalmente, o longo tempo que fazem uso da mesma. Os benzodiazepínicos, com enfoque nos de longa duração, como diazepam e clonazepam, e os antidepressivos, como fluoxetina e sertralina, estão entre os mais utilizados. Entretanto, muitos pacientes sequer sabem o motivo pelo qual a medicação foi iniciada e qual o medicamento utilizado.

Palavras-chave: benzodiazepínicos, antidepressivos, psicotrópicos.

## **ABSTRACT**

The use of psychotropic drugs or psychotropic medications has grown worldwide in recent decades. In this context, called benzodiazepine drugs, in particular, are among the most widely prescribed in the world. Given the finding, by the agents of teams and the huge amount of revenue transcribed every three months of psychotropic drugs, the author saw the need for understanding how the dependence on these drugs and also undertake a major action plan in the region. Group meetings were held, questionnaires, medical records analysis and initiated the process of discontinuation for patients who no longer needed the use of psychoactive medication. It was demonstrated the high dependence of the population studied in relation to psychotropic and especially the long time already make use of it. Benzodiazepines , focusing on long-term , such as diazepam and clonazepam, and antidepressants such as fluoxetine and sertraline , are among the most used. However, what stood out most was that many patients even know why the medication was started and which drug use.

Key words: benzodiazepines, antidepressants, psychotropic.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**BZD:** Benzodiazepínicos

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**UBS:** Unidade Básica de Saúde

**PSF:** Programa Saúde da Família

**ACS:** Agente Comunitário de Saúde

**GABA:** Ácido gamaminobutírico

**SNC:** Sistema Nervoso Central

**5-HT:** Serotonina

**NE:** Noradrenalina

**IMAO:** Inibidor da Monoaminoxidase

**ADT:** Antidepressivos Tricíclicos

**ISRS:** Inibidores Seletivos de Recaptura de Serotonina

**5-HT/NE (ISRSN):** Inibidores Seletivos de Recaptura de Serotonina e Noradrenalina

**FDA:** *Food and Drug Administration*

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 1: Principais benzodiazepínicos utilizados

Quadro 2: Principais classes e medicamentos do grupo dos antidepressivos

Quadro 3: Recomendações para redução gradual dos antidepressivos

Quadro 3: Desenho das Operações Para os Nós Críticos Sobre o Uso Indiscriminado de Psicotrópicos

Quadro 4: Propostas de Ações para motivação dos atores

Quadro 5: Elaboração do Plano Operativo

Quadro 7: Esquema utilizado de desmame das medicações antidepressivas

## Sumário

1)	INTRODUÇÃO .....	10
2)	JUSTIFICATIVA .....	13
3)	OBJETIVOS .....	14
4)	METODOLOGIA .....	15
5)	REVISÃO BILIOGRÁFICA .....	16
6)	PLANO DE AÇÃO .....	21
7)	RESULTADOS .....	27
8)	CONCLUSÃO .....	29
9)	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	30
10)	APÊNDICE .....	32

## 1) INTRODUÇÃO

Historicamente, o homem utiliza substâncias químicas que causam alterações em seu nível de consciência, ou que produzem reações físicas ou mentais temporariamente prazerosas. A utilização de psicofármacos tem crescido mundialmente nas últimas décadas. Neste contexto, os fármacos chamados de benzodiazepínicos (BZD), em especial, estão entre os mais prescritos no mundo, e, no município de Nepomuceno, tal fato não é diferente. São divididos em ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos, antidepressivos e antimaníacos.

Segundo Bogochvol (1995), o desenvolvimento da psicofarmacologia é um dos fatos mais marcantes da modernidade. A introdução da clorpromazina por Delay e Denicker, em 1952, foi o momento de fundação da moderna psicofarmacologia e o marco inicial de uma revolução que afetou primeiramente a terapêutica, a clínica psiquiátrica e as neurociências.

Fernandes (2007) diz que o advento da Fluoxetina em 1988 desencadeou maior interesse e respeito sobre os psicofármacos e os bons resultados em seu uso no tratamento das doenças mentais. Como uma das principais consequências, a depressão passou a ser considerada, por muitos, como um distúrbio exclusivamente bioquímico.

Outros fármacos surgiram e mais pesquisas fortaleceram a ideia de que os transtornos ansiosos e depressivos eram doenças com etiologia biológica, explicadas por alterações químicas e tratadas quimicamente.

O uso indevido de benzodiazepínicos parece envolver, além dos usuários, os médicos que prescrevem a medicação e os farmacêuticos que a dispensam. A falta de informação e a baixa percepção das consequências deletérias do uso indevido de benzodiazepínicos, por estes três personagens (médico, farmacêutico e usuário), somada a uma série de outras questões, parecem ser alguns dos principais fatores que favorecem esse fenômeno.

O grande número de receitas de medicações psicotrópicas transcritas no decorrer do ano no município de Nepomuceno foi, sem dúvida, o grande motivacional para este estudo.

Nepomuceno está na região Sul do Estado de Minas Gerais. A proximidade com a BR381 (Rodovia Fernão Dias), que liga Minas ao estado de São Paulo, permitiu a

ligação do município com as principais capitais do país e cidades vizinhas, por meio de rodovias pavimentadas.

O município tem como principal fonte de renda a cafeicultura, que representa 70% da economia. Nepomuceno produz ainda milho, arroz e feijão. Outro destaque é o setor de avicultura: o município abriga um dos maiores aviários de Minas, sendo responsável pela exportação de ovos (1milhão/dia) de galinha e codorna que também são utilizados na indústria alimentícia.

A cidade contém várias escolas para o ensino básico e fundamental. Para o ensino médio conta somente com uma escola pública Estadual e o Cefet-MG com ensino médio gratuito e com ensino técnico. Não conta com instituição de ensino superior, fazendo com que um grande número de jovens mude de cidade ou se desloquem todos os dias para as cidades vizinhas como Lavras e Varginha.

Nepomuceno conta ainda com três pólos de saúde: a Santa Casa Misericórdia, local onde acontece o pronto atendimento; a policlínica, conjunto de salas de atendimento médicos especializados como pediatria, cardiologia, oftalmologia e psiquiatria, além de pequenos procedimentos ambulatoriais e vacinação; e, por fim, quatro unidades básicas de saúde (UBS), sendo três no centro urbano e uma na área rural.

O ganho da saúde para a cidade no ano de 2014 foi a aquisição da tomografia computadorizada na Santa Casa Misericórdia. Infelizmente, esse serviço foi terceirizado, e, por tanto, o paciente paga pelo exame quando solicitado pelo médico. A grande maioria dos exames, tais como endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ressonância magnética, ultrassonografia com *doppler*, biópias mais complexas, são realizadas nas grandes cidades vizinhas, como Lavras e Varginha. O município conta ainda com alguns laboratórios de análises clínicas. Exames mais simples como hemograma completo, urina e parasitológico de fezes são realizados no próprio laboratório e pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, demais exames, mesmo que considerados simples, como TSH/T4 livre e PSA, o SUS não cobre e são pagos pelo paciente. Exames mais complexos são enviados para análise em Belo Horizonte.

O Programa Saúde da Família (PSF) RURAL da cidade, também conhecido como número IV, tem sua sede na Secretaria Municipal de Saúde. São ao todo dez áreas

rurais cadastradas, dez agentes comunitários de saúde (ACS), dois médicos, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um dentista e sua auxiliar e um motorista disponível para levar aos atendimentos.

O atendimento médico no PSF rural foi iniciado em março de 2014, num cenário de saúde bastante precário e desorganizado. Faltavam médicos em duas unidades do PSF há três meses, prejudicando e dificultando o trabalho em equipe nessas unidades, incluindo o PSF rural. Mesmo após alguns meses de trabalho é perceptível a escassez de recursos para a saúde na região; a falta de medicamentos fornecidos gratuitamente e a demora no atendimento das consultas com especialistas e exames complementares marcam a saúde da mesma.

Nesta área de abrangência, o atendimento ocorre às terças e quintas feiras, a partir das oito horas da manhã. São feitos em média doze a quinze atendimentos por dia, e, no final do turno de trabalho, são refeitas as receitas.

Em relação ao projeto proposto, Nepomuceno, por ter uma área rural de grande abrangência, foi escolhido como foco deste estudo a região denominada de Santo Antônio do Cruzeiro, por conter a maior concentração da população rural e observada a elevada dependência do uso de psicotrópicos na mesma.

## **2) JUSTIFICATIVA**

Diante da constatação vista pela equipe de saúde da quantidade de receitas transcritas de psicotrópicos a cada três meses, viu-se a necessidade de compreender como se dá a utilização desses medicamentos e realizar um plano de ação na região rural de Santo Antônio do Cruzeiro de Nepomuceno, MG.

### **3) OBJETIVOS**

Geral:

- Orientar os usuários em relação à necessidade de uso e efeitos indesejados dos psicotrópicos da unidade de Saúde da Família de Santo Antônio do Cruzeiro no município de Nepomuceno.

Específicos:

- Identificar os pacientes que utilizam benzodiazepínicos e antidepressivos sem real necessidade de uso e, a partir disso, realizar a descontinuação dos medicamentos e sua posterior retirada;

- Elaborar um projeto de intervenção para reduzir a quantidade de medicações psicotrópicas prescritas.

#### **4) METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo em duas vertentes, uma parte teórica, em relação às medicações psicoativas, e outra prática, no tocante ao projeto de intervenção. Foi realizado um estudo retrospectivo através da revisão sistemática da literatura médica especializada, sendo consideradas as publicações em periódicos, jornais e revistas. Para obter os artigos foram realizadas consultas na rede mundial de computadores (internet). Na pesquisa bibliográfica eletrônica foram pesquisados os recursos e conteúdo do MEDLINE (Pubmed), Scielo e sites motores de busca como o Google e Yahoo. Foram considerados os artigos e trabalhos publicados em periódicos reconhecidamente importantes e referenciados nas áreas de psiquiatria relacionados aos benzodiazepínicos e antidepressivos. Ao ser consultada a Biblioteca Virtual em Saúde através das bases do LILACS e Scielo, foram utilizados os descritores em português. Por outro lado, foi proposto realizar um projeto de intervenção com ênfase em identificar aqueles pacientes que usam medicações psicoativas sem acompanhamento médico e sua real necessidade, e, com isso, realizar a descontinuação da mesma.

## 5) REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1) BENZODIAZEPÍNICOS

Os benzodiazepínicos (BZD) são fármacos com atividade ansiolítica que começaram a ser utilizadas na década de 60, sendo o clordiazepóxido o primeiro da classe. Logo em seu início percebeu-se alta eficácia terapêutica e baixo risco de efeitos adversos. Nos anos posteriores, com o início de seu abuso, começaram a aparecer os efeitos indesejados e, principalmente dependência e tolerância. São medicações cujo mecanismo de ação se dá através da estimulação do receptor do ácido gamaminobutírico (GABA), que é um neurotransmissor inibitório do Sistema Nervoso Central (SNC) (NORDON, HUBNER, 2009). Atualmente, os BZD estão entre os fármacos mais prescritos no mundo e, estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso contínuo destas substâncias (RIO DE JANEIRO, 2006).

Os BNZ são fármacos altamente lipossolúveis, o que lhes permite boa absorção e penetração rápida no SNC, após a ingestão oral. São medicamentos usados para tratar ansiedade, insônia, quadros depressivos, transtornos do pânico, fobias e epilepsias. E seus efeitos adversos principais são: náuseas, atordoamentos, confusão mental, diminuição da coordenação motora, sedação, sonolência, fadiga, pesadelos e outros. O principal risco desses fármacos é gerar dependência, principalmente em casos de automedicação ou prescritos inadequadamente (MENDONÇA, 2005).

Vários artigos publicados relatam que o ideal é que sejam usados por um breve período de tempo. Orlandi e Noto (2005) referem que o uso superior a períodos de quatro a seis semanas pode levar a quadros de tolerância, abstinência e dependência.

Há quatro tipos de pacientes que podem ser classificados como usuários crônicos de benzodiazepínicos e, devido a isso, como potencialmente expostos ao risco de abuso: (1) os usuários médicos, pacientes que usam benzodiazepínicos por indicação médica, que raramente abusam ou desenvolvem dependência aos medicamentos; (2) os usuários diurnos, que usam por indicações psiquiátricas, geralmente por um curto período de tempo; (3) usuários noturnos, que apresentam alterações crônicas do sono; (4) poli usuários de drogas – pequeno grupo que usa, de forma indiscriminada e ilícita, diversos tipos de drogas. Em geral, esses últimos são

pacientes mais jovens e usam doses altas e diárias de benzodiazepínicos (LARANJEIRA E CASTRO, 1999).

Os benzodiazepínicos mais utilizados na prática diária encontram-se descritos no quadro abaixo.

*Quadro 1: Principais benzodiazepínicos utilizados*

<u>Fármaco</u>	<u>Meia vida</u>	<u>Faixa terapêutica</u>	<u>Dose usual</u>	<u>Comentários</u>
<b>Alprazolam</b>	6 - 20	0.5 - 2	0.5 – 2 mg	- perfil indutor do sono - útil em transtornos ansiosos, principalmente no transtorno do pânico
<b>Bromazepam</b>	8 - 19	1.5 - 20	3 mg	- perfil ansiolítico
<b>Clonazepam</b>	30 - 100	0.5 - 8	0.5- 2 mg	- perfil intermediário - por vezes utilizado no tratamento da epilepsia e dos transtornos de humor
<b>Diazepam</b>	30 - 100	2.5 - 30	10 mg	- perfil ansiolítico/insônia terminal
<b>Lorazepam</b>	6 - 20	0,5-6	2 mg	- perfil intermediário - útil na catatonia, em idosos e em pacientes com graus leves de insuficiência hepática (usar com cautela)
<b>Midazolam</b>	1 - 5	7.5 - 30	15 mg	- perfil indutor do sono - baixo desenvolvimento de tolerância

*Fonte: Adaptado de Hollister & Csernansky, 1990*

## 5.2) ANTIDEPRESSIVOS

A descoberta no final da década de 50 de drogas antidepressivas e sua utilização na prática clínica trouxe um avanço importante no tratamento e no entendimento de possíveis mecanismos subjacentes aos transtornos depressivos (PAYKEL, 1992).

O local de ação dessas drogas ocorre nos sistemas serotoninérgico e noradrenérgico do Sistema Límbico. Os antidepressivos atuam no sentido de tentar normalizar as sinapses neuronais a partir do aumento de neurotransmissores (principalmente serotonina - 5-HT - e noradrenalina - NE -) disponível nas fendas sinápticas, bloqueando a recaptura dos mesmos pela membrana pré-sináptica.

Os antidepressivos podem ser classificados de acordo com as propriedades farmacológicas ou a estrutura química. As principais classes de antidepressivos são os Inibidores da monoaminoxidase (IMAO), Inibidores não seletivos de recaptura de monoaminas (ADTs), Inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS), Inibidores seletivos de recaptura de 5-HT/NE (ISRSN) (SARTOR, 2012).

Uma observação importante acerca de seu uso é que os pacientes devem sempre estar informados de que os efeitos benéficos do tratamento podem levar até seis semanas para se tornar aparente, e que precisa ser continuado por períodos de seis meses a um ano, para evitar recaídas precoces. Em caso de quadros depressivos que se instalam antes dos vinte anos de idade, em pacientes com recaídas múltiplas ou distúrbio bipolar, o tratamento pode exigir mais tempo ainda, ou mesmo estar indicado para ser mantido pelo resto da vida. A Associação Psiquiátrica Americana sugere, pelo menos, 16 a 20 semanas com doses completas após a melhora ou remissão completa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1993). A Organização Mundial da Saúde sugere 6 meses ou mais após a melhora (MONTGOMERY, 1994).

A maioria dos clínicos escolhe uma droga tricíclica ou um dos ISRS como primeira opção no tratamento do transtorno depressivo. Os tricíclicos são escolhidos em virtude do nível de familiaridade com essas drogas mais antigas, além de serem mais baratas. Os ISRS são escolhidos porque são muito melhor tolerados.

Entre os efeitos adversos, variáveis de pessoa para pessoa e de acordo com o tipo de antidepressivo utilizado, temos: alteração do sono e apetite, alterações gastrintestinais (diarreia ou obstipação intestinal), sudorese, retenção urinária, alergias

de pele, diminuição da libido ou retardo da ejaculação, aumento ou diminuição de peso, náusea, tontura, tremores etc. Inclusive, alguns deles de forma paradoxal, podem aumentar até a ansiedade e agitação nos primeiros dias de tratamento e por tempo limitado.

Os ISRS estão aprovados pela FDA (Food and Drug Administration) para tratamento de depressão (fluoxetina, paroxetina, sertralina, e recentemente o citalopram), transtorno obsessivo-compulsivo (fluoxetina, paroxetina e sertralina), transtorno do pânico (paroxetina), bulimia (fluoxetina) e fobia social (paroxetina) (DEMÉTRIO, MINOTOGAWA, ROCCO, 2006).

No quadro abaixo (quadro 2) encontram-se os principais medicamentos utilizados na prática clínica.

*Quadro 2: Principais classes e medicamentos do grupo dos antidepressivos.*

<b><u>Classe</u></b>	<b><u>Principais medicamentos</u></b>	<b><u>Comentários</u></b>
<b>Inibidores não seletivos de recaptura de monoaminas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amitriptilina</li> <li>• Nortriptilina</li> </ul>	Também apresentam diversas indicações clínicas, sendo conhecidos no meio médico como antidepressivos da dor crônica.
<b>Inibidores seletivos de recaptura de serotonina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluoxetina</li> <li>• Paroxetina</li> <li>• Citalopram</li> <li>• Sertralina</li> </ul>	Apresentam um perfil de efeitos adversos mais bem tolerado por muitos pacientes, e são mais seguros e de baixa toxicidade, o que favorece seu uso por pacientes idosos.
<b>Inibidores seletivos de recaptura de 5-HT/NE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Venlafaxina</li> </ul>	Nova classe da categoria, tendo efeito duplo por bloquear a recaptura tanto da Serotonina quanto da noradrenalina. Considerada, em muitos estudos, a melhor droga custo-benefício em diversos tratamentos psiquiátricos.

*Fonte: autoria própria.*

*Observações:*1) Meia-vida das medicações mais utilizadas:

- Fluoxetina (5 dias); Paroxetina (21 horas); Citalopram (33 horas); Sertralina (26 horas)
- Amitriptilina (19 horas); Imipramina (18 horas)
- Venlafaxina (5 horas)

2) A dose dessas medicações, diferentemente dos benzodiazepínicos que usamos geralmente doses mais baixas, são extremamente variáveis entre cada perfil de paciente e manejo clínico desejado.

*Quadro 3: Recomendações para redução gradual dos antidepressivos*

<b><u>DROGA</u></b>	<b><u>RECOMENDAÇÕES</u></b>
<b>ADTs</b>	Gradualmente por até três meses
<b>ISRS</b>	Fluoxetina → Redução desnecessária Paroxetina → Redução de 10 mg por dia a cada cinco ou sete dias, com dose final de 5 a 10 mg por dia antes da descontinuação Sertralina → Redução de 50 mg por dia a cada cinco ou sete dias, com dose final de 25 a 50 mg por dia antes da descontinuação
<b>ISRSN</b>	Venlafaxina → Redução de 25 mg por dia a cada cinco ou sete dias, com dose final de 25 a 50 mg por dia antes da descontinuação Venlafaxina XR → Redução de 37.5 a 75 mg por dia a cada sete dias, com dose final de 37.5 mg por dia antes da descontinuação

*Fonte: Adaptado de American Psychiatric Association, 1993*

## 6) PLANO DE AÇÃO

### 6.1) EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

Com a fragilidade da atenção primária à saúde no município de Nepomuceno, em especial da zona rural, observou-se a prática da renovação dessas medicações controladas por vários anos, sem reavaliação adequada dos casos de transtornos psiquiátricos, que podem inclusive ter evoluído com cura ou regressão em alguns pacientes. É comum entre os usuários solicitar a troca de medicação, como por exemplo, aquela disponibilizada gratuitamente pelo município, ou sua indicação por terceiros, tais como familiares, amigos ou vizinhos.

Tais atitudes por parte dos pacientes demonstram falta de conhecimento sobre a ação de medicamentos, os efeitos adversos e a importância de um diagnóstico correto e acompanhamento periódico para a indicação e utilização desses fármacos.

### 6.2) PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Desde o início do trabalho, em meados de março de 2014, a grande quantidade de receitas transcritas de psicotrópicos motivaram o autor a elaborar um plano de intervenção. Após análise crítica dos pacientes e das regiões, foram selecionados cinquenta pacientes para fazer parte deste estudo. Tais pacientes foram escolhidos durante todo o ano durante as consultas médicas e selecionados aqueles que, a princípio, não tinham nenhum distúrbio psiquiátrico ou que não faziam tratamento regular para alguma outra patologia, tais como fibromialgia, dor crônica etc.

O objetivo principal do mesmo é a redução de danos e, com isso, realizar a descontinuação da medicação naqueles pacientes previamente selecionados. Além disso, mostrar através de gráficos, a média de tempo utilizado das medicações, quais fármacos mais prescritos, dentre outras características específicas do perfil desse tipo de paciente.

*Quadro 4: Desenho das Operações Para os Nós Críticos Sobre o Uso Indiscriminado de Psicotrópicos*

	<u>Operação/Projeto</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Produtos Esperados</u>	<u>Recursos Necessários</u>

<p>“Populismo” do uso dos calmantes</p>	<p><b>Dormir Melhor e Acordar em Paz</b></p>	<p>Reduzir o número de prescrições inadequadas de psicotrópicos para pacientes sem indicação</p>	<p>Avaliação por meio de questionário da população sobre motivos que levam ao uso indiscriminado de psicotrópicos</p>	<p>Organizacional: Local para a realização das campanhas profissionais</p> <p>Cognitivo: conhecimento técnico científico sobre psicotrópicos</p>
<p>Alta taxa de analfabetismo</p>	<p><b>Aprendendo Sempre</b></p>	<p>Melhorar o conhecimento da população a respeito do tema</p>	<p>Campanhas educacionais no interior do posto de saúde, no centro da cidade e em escolas.</p>	<p>Financeiro: Ajuda da prefeitura local</p> <p>Cognitivo: Orientações sobre os “calmantes” (benefícios e efeitos indesejados)</p> <p>Organizacional: Local para a realização das campanhas</p>
<p>Transcrever receitas sem consulta médica</p>	<p><b>Aprimorando</b></p>	<p>Receitar apenas através de consulta médica</p>	<p>Estimular o estudo dos psicotrópicos.</p> <p>Debates sobre a necessidade do uso de psicotrópicos</p>	<p>Organizacional: Estrutura física adequada.</p> <p>Cognitivo: Capacidade de estimular o aprendizado</p>

Quadro 5: Propostas de Ações para motivação dos atores

<u>Operações/Projetos</u>	<u>Recursos Críticos</u>	<u>Controle dos recursos críticos</u> <u>Ator Controlador</u>	<u>Controle dos recursos críticos</u> <u>Motivação</u>	<u>Ações Estratégicas</u>
<b>Dormir Melhor e Acordar em Paz</b>	Organizacional: Mobilização social a respeito do uso de psicotrópicos	Médico e equipe de saúde local	Favorável	Elaborar e demonstrar projeto
<b>Aprendendo Sempre</b>	Cognitivo: Orientações sobre os psicotrópicos.  Organizacional: Local para a realização das campanhas	Médico e equipe de saúde local  Prefeitura	Favorável  Indiferente	Elaborar e demonstrar projeto
<b>Aprimorando</b>	Organizacional: Estrutura física adequada.  Cognitivo: Capacidade de estimular o aprendizado	Prefeitura  Médico	Indiferente  Favorável	Elaborar e demonstrar projeto

Quadro 6: Elaboração do Plano Operativo

<u>Operações</u>	<u>Resultados</u>	<u>Responsável</u>	<u>Prazo</u>
<b>Dormir melhor e acordar em paz</b>	- Em análise - Questionário já realizado	Eduardo, Gislaine e Odete	12 meses
<b>Aprendendo Sempre</b>	- Em análise - Palestras já realizadas	Eduardo, Gislaine e Odete	Realizado
<b>Aprimorando</b>	- Em análise - Transcrição de receitas realizadas apenas sob consulta médica	Eduardo	Realizado

## **Etapas propostas:**

### **I. Seleção da amostra**

Foram selecionados cinquenta pacientes juntamente com os agentes comunitários de saúde durante todo o ano de 2014. O critério para o mesmo fazer parte do estudo, a princípio, foi a utilização de monoterapia de psicotrópicos e não haver doença psiquiátrica subjacente.

### **II. Análise de prontuários**

Foi realizada uma busca ativa nos prontuários de todos pacientes selecionados analisando a data de início das medicações, o diagnóstico para justificar o uso do medicamento psicotrópico e qual a duração da manutenção da terapia.

### **III. Palestras**

Ao todo foram realizadas duas palestras: a primeira aberta a todos moradores da comunidade afim de explicação dos problemas e sobre o atual estudo, e, a segunda, em específico com os pacientes selecionados. Em ambas as palestras foram enfatizados temas como: medicação psicoativa, efeitos adversos, real necessidade de uso. Na oportunidade, foi aplicado o questionário que encontra-se na página 32, em APÊNDICE.

### **IV. Início do desmame das medicações**

Poucas são as referências bibliográficas que orientam a respeito de algum modelo a ser seguido para desmame ou descontinuação do uso de medicações psicotrópicas. No geral sempre falam para redução gradual das doses, sem, no entanto, exemplificar de maneira prática.

Em relação aos benzodiazepínicos, DUPONT (1990) afirma que podemos reduzir as doses em um quarto por semana, sendo a dose mínima podendo permanecer por um maior tempo. A redução inicial é mais fácil, sendo a retirada da dose final com maior prevalência de efeitos, daí a necessidade em algumas vezes permanecer com a dose baixa. O tempo de desmame não é algo fixo e esse deve ser negociado diretamente com cada paciente. Aconselha-se, dependendo de cada paciente, que se troque o

medicamento utilizado por outro de meia vida longa, como diazepam ou clonazepam. No geral, o que foi feito no estudo foi passar todos pacientes para o clonazepam gotas, com início da dose equivalente de acordo com a medicação que anteriormente utilizada. A redução escolhida foi de uma gota por mês, para evitar ao máximo o efeito da descontinuação.

Quanto aos antidepressivos, a descontinuação pode-se seguir o modelo do quadro 3 de acordo com a *American Psychiatric Association*. No entanto, para tal estudo buscou-se informações práticas e teóricas com especialistas da área, ou seja, médicos psiquiatras. Foi utilizado o esquema a seguir:

*Quadro 7: Esquema utilizado de desmame das medicações antidepressivas*

- **FLUOXETINA:** 20 mg em dias alternados por duas semanas. Seguimento com 20 mg a cada 3 dias, depois 20 mg a cada 4 dias.
- **SERTRALINA:** 25mg por 1 - 3 meses antes de suspender (1/2 comprimido de 50mg ou comprimidos de 25 mg)
- **PAROXETINA:** 10mg por 1 - 3 meses antes de suspender (1/2 comprimido de 20mg ou comprimidos de 10 mg)
- **CITALOPRAM:** 10mg por 1 - 3 meses antes de suspender (1/2 comprimido de 20mg)
- **VENLAFAXINA:** 37.5 mg por 1 - 3 meses antes de suspender (usar cápsulas de 37.5 mg - jamais usar a formulação em comprimidos)
- **AMITRIPTILINA:** 12.5 mg por 1 - 3 meses antes de suspender (1/2 comprimido de 25 mg)
- **NORTRIPTILINA:** 25 mg por 1-3 meses, depois 10 mg por mais 1-3 meses (usar as cápsulas de 25 mg e de 10 mg)
- **CLOMIPRAMINA:** 25 mg por 1-3 meses, depois 10 mg por mais 1-3 meses (usar os comprimidos de 25 mg e de 10 mg)

O maior problema da descontinuação não são os sintomas físicos, mas a insegurança das pessoas em parar de tomar o medicamento. Conversar e explicar bastante com o paciente são pontos fundamentais. Mostrar para o paciente não ser

intolerante e, se o mesmo perceber que não conseguiu, isso não será motivo de críticas por parte do médico.

Outro ponto importante é a escolha do momento emocional adequado para fazer a descontinuação. Não iniciar esse processo em momentos de ansiedade do paciente, nem perto de datas marcantes (antes dos finados, natal, final de ano, aniversário de falecimento de algum parente, viagens do paciente ou suas férias).

Durante a descontinuação medidas não farmacológicas são de extrema importância, tais como apoio psicossocial e treinamento de habilidades para controlar a ansiedade. Ajudá-lo sempre a distinguir entre os sintomas de ansiedade e abstinência e oferecer suporte por longo prazo.

## **7) RESULTADOS**

Os resultados encontrados neste estudo foram obtidos de acordo com os dados da análise dos prontuários e do questionário citado.

O processo de desmame, muitas vezes é longo e cauteloso, devendo ter um cuidado extremo com as recaídas desses pacientes. Para os benzodiazepínicos foi escolhido um tempo mais elevado para descontinuação, no geral mais de 1 ano, para evitar muito mais os efeitos psicológicos da retirada do que os físicos. Já para os antidepressivos, um tempo mais curto de desmame está sendo trabalhado, em torno de 3 meses.

Até o momento, todos os pacientes que iniciaram a descontinuação não procuraram o serviço fora dos prazos estipulados para retorno da sua consulta, e, além disso, não questionaram sobre o assunto com os agentes de saúde.

### **I. Quanto aos pacientes selecionados**

Dos 50 pacientes selecionados, 32 sentiram-se inseguros quanto à interrupção da medicação e não compareceram à segunda palestra. Para esses, foi agendada uma nova consulta médica durante a qual foi explicado novamente a proposta do trabalho e, a partir daí, foi feita uma vigilância maior com esse grupo de pacientes.

### **II. Sexo dos pacientes (%)**

- Mulheres: 82%
- Homens: 18%

### **III. Quanto às medicações mais utilizadas (%)**

- Benzodiazepínicos: 76%
- Antidepressivos: 24%

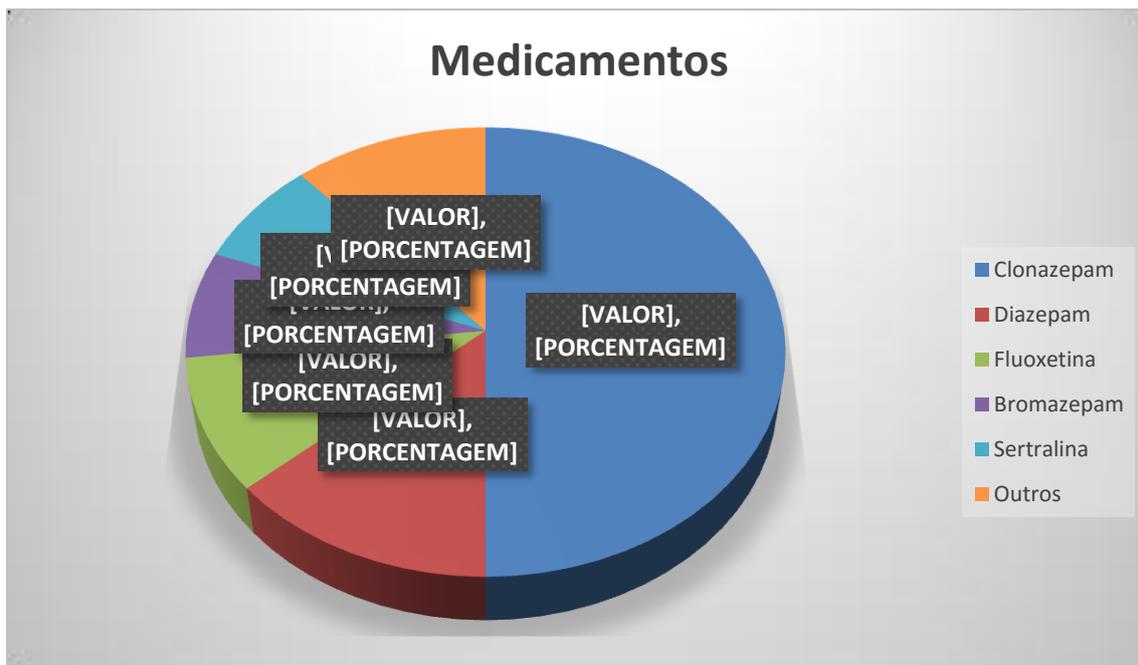


Figura 1: distribuição percentual dos medicamentos utilizados pelos pacientes atendidos na unidade da Família de Santo Antônio do Cruzeiro, Nepomuceno, MG.

#### IV. Motivos pelo quais foi iniciada a medicação

- Ansiedade: 10%
- Depressão: 46%
- Insônia: 25%
- Não sabe relatar: 19%

#### V. Há quanto tempo usa a medicação

- Tempo médio de uso das medicações entre os pacientes: 4,5 anos

#### VI. Sente-se dependente da droga

- Sim: 98%
- Não: 2%

#### VII. Desejo de descontinuação

- Sim: 78%
- Não: 22%

## 8) CONCLUSÃO

O uso abusivo de medicamentos psicotrópicos encontrado na região de Santo Antônio do Cruzeiro no município de Nepomuceno motivou o atual estudo. Após as palestras orientadas pela equipe de saúde sobre o uso de medicamentos psicotrópicos, e consultas médicas com os usuários do PSF rural, houve concordância para a gradual retirada dos medicamentos ansiolíticos e antidepressivos.

Concluiu-se que é muito clara a relação entre essas medicações e seu tipo de usuário específico. Os resultados da pesquisa mostraram que as mulheres de meia idade, em uso de benzodiazepínicos, são as usuárias mais frequentes. Dentre os benzodiazepínicos, o clonazepam representou a medicação mais utilizada entre os pacientes, fato este preocupante, já que por ser uma medicação de meia-vida longa pode levar aos efeitos e situações adversas, principalmente em idosos. Outro fato que ficou claro foi o longo tempo de uso dos psicotrópicos, no geral quatro anos e meio. A grande maioria dos pacientes declarou usar os medicamentos devido a algum episódio prévio de depressão, enfermidade essa que, em grande parte das vezes, já houve regressão.

Por fim, permanece como objetivo identificar aqueles pacientes que ainda utilizam benzodiazepínicos e antidepressivos sem real necessidade de uso e, a partir disso, realizar a descontinuação dos medicamentos e sua posterior retirada. Tal processo encontra-se em andamento e faz parte do planejamento estratégico proposto pela equipe de saúde e colocado para a Secretaria de Saúde/ Prefeitura de Nepomuceno.

## 9) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association: Steering committee on practice guidelines. Practice guideline for major depressives disorder in adults. APA Practice Guidelines. **Am J Psych** 1993;150 (Supl):1-26.

AUCHEWSHI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev Bras Psiquiatr**, 2004; 26(1):24-3.

BEZCHLIBNYK-BUTLER, K.Z.; JEFFRIES, J.J. **Clinical handbook of psychotropic drugs**. 9th ed. Toronto (Canada): Hogrefe & Huber Publishers; 1999.

BOGOCHVOL, Ariel. **Sobre a psicofarmacologia**. 1. ed. [SI]: Escuta, 2001.

DEMÉTRIO, F. N.; MINATOGAWA, T. M.; ROCCO, P.T.P. **A Psicofarmacologia dos transtornos depressivos: manejo prático dos transtornos mentais**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

DUPONT, RL. A physician's guide to discontinuing benzodiazepine therapy. **West J Med** 1990; 152:600-3.

FERNANDES, W. J. **CONGRESSO DA SPAGESP**, 2004, Ribeirão Preto; **JORNADA DO NESME**, 2004, Ribeirão Preto.

Hollister LE, Csernansky. Benzodiazepines. In: Hollister LE, Csernansky, editors. **Clinical Pharmacology of Psychoterapeutic Drugs**. New York, Churchill Livinstone, 1990.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Manual de Psiquiatria Clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998. p.293 a 299.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: BERNIK, M. A., coordenador. **Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência**. São Paulo: Edusp, 1999.

MENDONÇA, R.T; CARVALHO, A.C, O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2005.

MONTGOMERY, S.A.; ROBERTS, A.; PATEL, A.G. Placebo-controlled efficacy of antidepressants in continuation treatment. **Int Clin Psychopharmacol** 1994; 9 Suppl 1:49-53.

NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES A. C. P. R. **Diretriz de "Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos"** da Associação Brasileira De Psiquiatria, Rio de Janeiro, 2002.

NORDON, D.G.; HÜBNER, C.K. **Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais**. v.14, n.2, p.66-69, 2009.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. spe, set-out. 2005.

PAYKEL, E.S. **Handbook of Affective Disorders**. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 1992.

RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde. Coordenação de Programas de Saúde Mental. **Uso racional de Psicofármacos**. Ano 1, vol. 1, p. 1-6, Abril-Jun 2006.

SARTOR, G.M. **Depressão: um desafio na Atenção Básica**. Especialização em Saúde da Família – Modalidade à distância. Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.

**10) APÊNDICE**

Questionário:

**A)** Você é homem ou mulher?**B)** Sabe qual medicação psicoativa utiliza de controle? Clonazepam  Amitriptilina Alprazolam  Fluoxetina Bromazepam  Paroxetina Diazepam  Sertralina Outros  Venlafaxina Não sabe relatar**C)** Sabe por quanto tempo usa a medicação? Menos de 1 ano  Entre 1 a 2 anos Entre 2 a 4 anos  Entre 5 a 10 anos Mais de 10 anos  Não sabe relatar**D)** Sabe o real motivo pelo qual foi iniciada a medicação? Depressão  Ansiedade Insônia  Não sabe relatar**E)** Se sente dependente da medicação? Sim  Não**F)** Tem desejo de parar o uso da medicação caso seu médico acredite que a mesma seja desnecessária no momento? Sim  Não