

KAREN BRAZIL DE VASCONCELOS

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: USO ABUSIVO DE
PSICOFÁRMACOS COM ENFOQUE EM
ANTIDEPRESSIVOS.**

Campos Gerais

2010

KAREN BRAZIL DE VASCONCELOS

**RELATO DE EXPERIÊNCIA : USO ABUSIVO DE
PSICOFÁRMACOS COM ENFOQUE EM
ANTIDEPRESSIVOS.**

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

Orientador : Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Campos Gerais

2010

Resumo

No início de 2009 foi detectado um consumo excessivo de psicofármacos, destacando-se os antidepressivos, no Programa de Saúde da Família (PSF) do Distrito da Petúnia, localizado no município de Nova Resende – MG. Foi verificado que essa classe de medicamentos era prescrita sem ao menos a necessidade de consulta médica. Assim, com o receio de o próprio PSF estar realizando uma prática iatrogênica na prescrição destes medicamentos, a equipe resolveu averiguar o suposto problema e tomar as cabíveis providências. Resolvemos encaminhar todos os pacientes usuários de psicofármacos ao especialista. Eram solicitadas a ele uma avaliação do paciente e uma carta de retorno, contendo: hipótese diagnóstica, data da próxima consulta, medicação prescrita e o tempo de tratamento previsto. Por meses mantivemos essa conduta, e após um ano do seu início, a equipe fez uma comparação utilizando os dados obtidos em 2009 e 2010. Foram considerados a faixa etária e o sexo dos usuários, a classe dos medicamentos e a quantidade usada. Esse trabalho apresenta a íntegra da experiência realizada no Programa de Saúde da Família da Petúnia para redução do uso inadequado de antidepressivos.

Abstract

In early 2009, a Family Health Team detected an abusive use of psychotropic drugs, especially antidepressants, Petunia District in Nova Resende – MG. It was found that this sort of medication used to be prescribed without a medical consultation. As the team had been afraid of performing an iatrogenic practice, it decided to investigate this problem and take reasonable precautions. We decided to refer all patients who had been using psychotropic drug to a specialist. We asked him to assess the patients' conditions and write a medical report containing diagnosis, date for the next consultation, prescribed medications and provided treatment. For months we have had this procedure, and after a year of its inception, the team did a comparison using data from 2009 and 2010. We considered age and gender of users, class of drugs and used quantity. This paper presents a report of this initiative performed by the Family Health Program of Petunia to decrease use of antidepressants.

Lista de Abreviaturas

ACS – Agentes Comunitárias de Saúde

ADT- Antidepressivos tricíclicos

ANVISA – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

IMAO – Inibidores da Monoaminoxidase

ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

PF – Psicofármacos

PSF – Programa de Saúde da Família

Sumário

1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	3
3. Percurso Metodológico	4
4. Revisão da Literatura	6
4.1. Antidepressivos Tricíclicos (ADTs)	7
4.2. Antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)	7
4.3. Antidepressivos Inibidores da Monoaminoxidase (IMAO)	8
4.4. Antidepressivos Atípicos	8
4.5. Síndrome da Descontinuação dos Antidepressivos.....	8
4.6. Uso de Antidepressivos no Brasil e no Mundo.....	10
5. Perfil dos Usuários e Medicamentos Consumidos.....	12
6. Descrição da Experiência.....	16
7. Considerações Finais	19
8. Referências Bibliográficas	21

1. Introdução

Nova Resende é uma pequena cidade do Sul de Minas, emoldurada por montanhas, localizada próximo à divisa com São Paulo. Possui um pouco mais de 15.350 habitantes, dos quais aproximadamente 6.230 são moradores da zona rural, distribuídos em uma área de 39.000 km² (IBGE, 2010). A agricultura ainda é a atividade econômica mais forte, alavancada pela cultura cafeeira que gera produtos de qualidade reconhecidos internacionalmente. O setor industrial é um segmento que vem evoluindo sistematicamente, graças às melhorias de da rodovia Fernão Dias, que corta a região e liga São Paulo à Belo Horizonte.

Apesar de a cidade contar com uma estrutura sócio-educacional-comercial básica, só por volta de 2001 a população pôde contar com as duas primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), localizados em zonas rurais - áreas estratégicas e de difícil acesso. Um concurso público foi realizado à época para contratar os profissionais que trabalhariam nesse programa. Para cada PSF foi delimitada uma área de abrangência de atuação de cada equipe e, dentro desta, foi estabelecida a alocação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Com a implantação das equipes de PSF, a população das zonas rurais se beneficiou das significativas melhoras no acesso à saúde e na qualidade dos serviços prestados que priorizavam a promoção, proteção e recuperação da saúde. Na esteira do sucesso das equipes de PSF rurais, em 2004 foram criadas outras duas equipes, agora localizadas no centro de Nova Resende, totalizando 100% de cobertura por este programa.

O PSF passou a ser a principal forma de reorganização da atenção primária e, a partir dela, de todo o sistema de saúde. Desde então, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) passaram a se unir às unidades secundárias e terciárias, formando uma rede de serviços completa e hierarquizada, dando maior integralidade às ações. O trabalho em equipe, em qualquer profissão, requer muita habilidade, persistência, humildade, compreensão e força de vontade do grupo. Não seria diferente com a implantação do novo modelo assistencial. O trabalho em grupo passou a ser uma tarefa complexa, demandando a união de vários campos do conhecimento. Dessa forma não apenas o médico, mas toda a equipe de saúde, necessitou organizar-se de forma a aumentar a capacidade dos serviços, além de resolver problemas e produzir o cuidado em saúde.

O território onde se encontra toda a clientela adscrita é conhecido por toda a equipe. Todas as famílias são cadastradas pelos ACS através da Ficha A, que é atualizada

frequentemente de acordo com as necessidades (falecimento, gravidez, surgimento de doenças, etc). As visitas domiciliares são realizadas mensalmente pelos ACS, que repassam ao restante da equipe as informações relevantes. No caso de paciente acamado, deficiente físico, alguns idosos ou com necessidades próprias, o médico e o enfermeiro realizam uma visita/consulta a domicílio. Todo esse esforço coletivo é importante para planejar e orientar as ações de intervenção e controle sobre os problemas de saúde diagnosticados.

Muitas mudanças ocorreram. Todo o território do município foi dividido entre as equipes de PSF existentes. Os pacientes passaram a ser recepcionados de maneira acolhedora a partir de uma visão humanizada, através da criação e manutenção de um ambiente terapêutico adequado e compatível com suas necessidades e solução de seus problemas. Os membros da equipe vincularam-se aos usuários em um processo de coresponsabilização pela saúde dos mesmos. Isso não aconteceu da noite para o dia: foram meses de pesquisa, aproximação, coleta de dados, visitas mensais que fizeram com que a clientela adscrita passasse a sentir que sua saúde estava sendo promovida a todo tempo, independentemente da presença de doença. Facilitou muito a presença das Fichas A e das informações obtidas pelos ACS, que transformaram realidades próprias em subsídios para a tomada de decisões.

Em abril de 2009, fui admitida como médica do PSF da comunidade do distrito Petúnia, localizada na zona rural de Nova Resende. A equipe era composta por um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, uma técnica em enfermagem, seis ACS e uma médica generalista. Nossa clientela adscrita era composta por 917 famílias - totalizando apenas 2.943 pessoas em razão da herança cultural de casamentos precoces e de uma baixa taxa de natalidade. Nos primeiros meses de trabalho, causou-me estranheza o número significativo de pacientes usuários de psicofármacos (PF), definidos como aqueles que afetam o humor e o comportamento, e sendo classificados em três grandes classes: os ansiolíticos ou hipnóticos, os neurolépticos ou antipsicóticos e os antidepressivos (RANG et al., 2003). Mais de 6% da população do distrito faziam uso de algum desses medicamentos e tinham suas receitas emitidas na própria unidade de saúde, sem necessidade de consulta com o médico e sem acompanhamento adequado, segundo relatos da própria equipe. Preocupada com essa situação, resolvi averiguar, junto à equipe do PSF da Petúnia, o suposto problema e tomar as cabíveis providências. A íntegra dessa experiência vivenciada pela nossa equipe é a base deste trabalho e será detalhada nas páginas seguintes.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

- Relatar a experiência do Programa de Saúde da Família da Petúnia, visando à diminuição do uso inadequado de antidepressivos.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar o perfil dos usuários de antidepressivos entre os usuários da Petúnia, os medicamentos mais usados por eles e seus principais efeitos colaterais.
- Realizar uma revisão da literatura sobre uso abusivo de antidepressivos.

3. Percurso Metodológico

Koizumi (1992) afirma que o problema a ser estudado é o que determina o método a ser utilizado. Concordando com o autor, escolhi desenvolver um relato de caso por acreditar ser a melhor forma de expor o problema detectado na minha experiência, bem como na ação desenvolvida para solucioná-lo.

A relevância de um relato de experiência está na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração à práxis metodológica da área à qual pertence (SUGESTÕES...,2009, p.01)

Devido a essas características, e por crer na importância da experiência, servindo como exemplo para outras PSF, percebi que o relato de caso seria o melhor método para desenvolver o meu TCC.

Para desenvolvê-lo, recorri aos meus registros de memória. Eventuais dúvidas em relação à cronologia dos fatos foram sanadas mediante consulta ao livro de atas da equipe. Realizei diversas reuniões, ao longo da escrita deste trabalho, com toda a equipe do PSF atuante na época, para garantir a riqueza da descrição dos acontecimentos e a fidelidade à narrativa.

Para a descrição do perfil dos usuários, utilizei os dados armazenados no Livro de Registros de entrega de medicamentos controlados da Secretaria Municipal de Saúde, o Livro de controle dos usuários de psicofármacos do PSF da Petúnia e as anotações dos cadernos das ACS, que contêm anotados os dados pessoais dos pacientes, assim como suas medicações em uso e o local em que são prescritas. Esses dados são secundários, uma vez que já haviam sido colhidos pela equipe durante a própria experiência relatada, entre Maio de 2009 e Maio de 2010. Os dados foram tabulados em uma planilha simples de Excel[®], e foram realizadas análises estatísticas descritivas simples, sem a pretensão de se inferirem causalidades ou associações de qualquer natureza.

Para a revisão bibliográfica sobre o tema escolhido, fiz uma busca on-line no Google Scholar e nos bancos de dados eletrônicos : Lilacs, Scielo, Medstudents e Bireme. Foram utilizados as seguintes expressões-chave para a pesquisa: *antidepressivo*, *abuso de antidepressivos*, *uso excessivo de antidepressivos* e *prescrição de antidepressivos*. Apesar

de a experiência aqui relatada ter sido uma ação mais ampla - que buscou analisar o abuso de todas as classes de psicofármacos - optei por escolher, para a realização da revisão bibliográfica e a apresentação dos dados da experiência, um único tipo de medicamento: os antidepressivos. Essa escolha se justifica por dois motivos: primeiramente, pelo fato de serem esses os medicamentos mais usados pela população da minha área de abrangência. Em segundo lugar, pela impossibilidade de se revisar - no prazo demandado para um trabalho dessa natureza - a literatura concernente a todos os tipos de medicamentos abordados na experiência ora relatada. Devido a pouca literatura sobre o abuso de antidepressivos, selecionei algumas notícias relevantes veiculadas na imprensa nacional e internacional para corroborar o conteúdo apresentado nesse trabalho.

4. Revisão da Literatura

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

Até os anos 80 havia duas classes de antidepressivos, os tricíclicos (ADT) e os inibidores de monoaminooxidase (IMAO). Embora muito eficazes, apresentavam efeitos colaterais indesejáveis causados pela inespecificidade de sua ação farmacológica e eram potencialmente letais em casos de superdosagem. Nas últimas duas décadas, surgiram novas classes de antidepressivos que apresentavam maior seletividade farmacológica, modificando e atenuando os efeitos colaterais (MORENO, R.; MORENO, D.; SOARES, 1999).

Os antidepressivos tornaram a depressão um problema tratável à semelhança de outras patologias, como a hipertensão e o diabetes, e abriram caminho para a postulação de hipóteses sobre a presença de alterações neuroquímicas nos transtornos psiquiátricos.

Na prática clínica, certamente a primeira indicação dos antidepressivos está no tratamento dos transtornos depressivos com sintomas melancólicos, depressões secundárias a outras patologias clínicas ou psiquiátricas e formas crônicas de depressão, entre outras.

Os antidepressivos podem ser classificados de acordo com a estrutura química ou mecanismo de ação. Atualmente, prefere-se classificá-los em função de suas propriedades farmacológicas, como demonstrado na Tabela 1, mais útil na prática clínica e devido ao fato de a nova geração desses medicamentos não compartilhar estruturas comuns (MORENO, R.; MORENO, D.; SOARES, 1999).

Apesar de serem classificados como antidepressivos, eles são utilizados para vários outros distúrbios médicos, como: anorexia nervosa, ansiedade, pânico, bulimia, narcolepsia, déficit de atenção, distúrbio obsessivo compulsivo, distúrbio do pânico, distúrbio de estresse pós-traumático, enurese, enxaqueca, interrupção de tabagismo, náuseas causadas pela quimioterapia, dor crônica, úlcera péptica e urticária (SOUZA, 1999).

Fig.1: Classificação dos Antidepressivos conforme Farmacologia

Classificação dos Antidepressivos			
Tricíclicos	ISRS	IMAO	Atípicos
Amineptina	Citalopram	Bupropiona	Fenelzina
Amtriptilina	Fluoxetina	Mianserina	Isocarboxazina
Amoxapina	Fluvoxamina	Nefazodona	Meclobemina
Clomipramina	Paroxetina	Trazodona	Nialamida
Imipramina	Sertralina		Pargilina
Maprotilina	Venlafaxina		Selegilina
Nortriptilina			Tranilcipromina

Fonte: Elaborado pela autora

4.1. Antidepressivos Tricíclicos (ADTs)

Os antidepressivos tricíclicos atuam aumentando a norepinefrina e a serotonina na fenda sináptica através da inibição na recaptação dessas aminas pelos receptores pré-sinápticos. O período de latência para a obtenção dos resultados terapêuticos é em torno de 3 ou 4 semanas, podendo chegar até 30 dias. Por outro lado, os efeitos colaterais podem aparecer imediatamente após a ingestão da droga e são responsáveis pelo grande número de pacientes que abandonam o tratamento antes dos resultados desejados. Entre eles, destacam-se: boca seca, visão turva, obstipação, retenção urinária, aumento da frequência cardíaca e achatamento da onda T no eletrocardiograma, tremores de mãos, sedação, latência para lembrar, mioclonias, parestesias, dificuldade para encontrar palavras e gagueira, agitação e hiperestimulação paradoxal, aumento da secreção de prolactina e reações cutâneas. Pequeno grupo de pacientes apresentam a síndrome da abstinência após interrupção abrupta da medicação (MORENO, R.; MORENO, D.; SOARES, 1999).

4.2. Antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptção de Serotonina (ISRS)

Os ISRSs inibem de forma potente e seletiva a recaptção de serotonina, resultando em potencialização da neurotransmissão serotoninérgica. Em função de sua ação seletiva, apresentam perfil mais tolerável a efeitos colaterais. Os mais relatados são: náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, agitação, ansiedade, insônia, ciclagem para mania, nervosismo, alterações do sono, fadiga, tremores, efeitos extrapiramidais, perda ou ganho

de peso, disfunções sexuais, reações dermatológicas. Casos de intoxicação por ISRSs ou associação com ADT, IMAO, ISRSs ou lítio podem levar à Síndrome Serotoninérgica caracterizada por alterações cognitivas e comportamentais, do sistema nervoso autônomo e neuro-musculares, mais prolongadas e mais graves que os efeitos adversos habituais. Os sintomas da descontinuação dos ISRSs são clinicamente benignos, podendo aparecer de um a dez dias após a retirada da medicação (MORENO, R.; MORENO, D.; SOARES, 1999).

4.3. Antidepressivos Inibidores da Monoaminoxidase (IMAO)

Os IMAO promovem o aumento da disponibilidade da serotonina através da inibição dessa enzima, que é responsável pela degradação desse neurotransmissor intracelular. O início de ação se dá entre 7 e 10 dias com doses apropriadas, mas pode levar de quatro a oito semanas para atingir o efeito terapêutico pleno. Os efeitos colaterais mais comuns são: hipotensão ortostática com vertigens e tonturas especialmente ao levantar, diarreia, edema nos pés e tornozelos, estimulação simpática (taquicardia e palpitação), nervosismo e excitação (MORENO, R.; MORENO, D.; SOARES, 1999).

4.4. Antidepressivos Atípicos

Os antidepressivos atípicos formam um grupo heterogêneo, possuem ações que não se enquadram nas teorias monoaminérgicas das doenças afetivas. Não possuem mecanismo de ação comum e atuam principalmente como antagonistas não-seletivos dos receptores pré-sinápticos (RANG et al., 2003). As principais reações adversas dessas drogas são: náuseas, tontura, sonolência, tremor, agitação, aumento da pressão arterial, taquicardia, boca seca, constipação, retenção urinária e sudorese (MORENO, R.; MORENO, D.; SOARES, 1999).

4.5. Síndrome da Descontinuação dos Antidepressivos

Para Haddad citado por Paulin, Reis e Rodrigues (2008, p.328), os sintomas de descontinuação são quadros que se seguem à retirada ou redução de dose de uma

medicação. São autolimitados, reversíveis pela reintrodução da droga e não podem ser explicados por recorrência do transtorno para o qual a medicação havia sido prescrita.

Alguns critérios devem ser considerados para uma suposta síndrome de descontinuação:

- a) os sintomas não são atribuídos a outras causas;
- b) aparecem após a interrupção abrupta, por falhas na ingestão e, mais raramente, após a redução da dose;
- c) geralmente são leves e de curta duração, embora possam causar preocupação;
- d) podem ser revertidos com a reintrodução do medicamento original ou outro fármaco similar;
- e) podem ser minimizados reduzindo gradualmente a medicação ou ministrando medicação da mesma classe, de meia-vida longa.

Há um largo espectro de sintomas somáticos que podem emergir após a descontinuação do antidepressivo. Os mais comuns incluem: cefaléia, tontura, inapetência, fadiga, sudorese, tremores, parestesia, distúrbios do sono (sonhos vívidos e insônia), sintomas gripais e gastrointestinais (náuseas e vômitos). Outras queixas menos comuns incluem mialgias, parkinsonismo e dificuldades de equilíbrio. Quanto aos sintomas emocionais se destacam: agitação, ansiedade, ataques de pânico, irritabilidade, agressividade, disforia, labilidade emocional, hiperatividade, despersonalização, pensamento lentificado, dificuldades de memória e concentração. Os sintomas tendem a emergir entre dois e cinco dias após descontinuação do tratamento, mantendo-se, geralmente, por sete a quatorze dias. (PAULIN; REIS; RODRIGUES, 2008).

Para o tratamento da depressão, a Associação Médica Brasileira recomenda que, ao retirar o antidepressivo, deve-se diminuir a dose gradualmente durante, pelo menos, quatro semanas. Para pacientes em tratamento de manutenção de longa duração, deve-se reduzir a dose gradualmente durante seis meses.

Castel, citado por Paulin, Reis e Rodrigues (2008, p.329), recomenda que o médico clínico seja orientado a distinguir entre o início dos sintomas de descontinuação e o retorno da depressão. Na prática, um aspecto que ajuda a diferenciar os sintomas de interrupção da recaída é que aqueles aparecem mais precocemente.

Segundo Paulin, Reis e Rodrigues (2008) a síndrome da descontinuação dos antidepressivos não é um evento raro. Como cada vez mais tem-se prescrito antidepressivos pelos médicos faz-se necessário o conhecimento da síndrome, sua diferença com a abstinência e uma possível recaída de um quadro depressivo. Para preveni-la deve-se considerar a diminuição gradativa da medicação, assim como orientar o paciente e seus familiares quanto à não retirada abrupta dos medicamentos.

É importante salientar que nenhum medicamento antidepressivo cria hábito ou dependência. Todos os antidepressivos possuem um período de latência, que pode ser de duas a três semanas para fazer efeito. Após cerca de seis semanas de tratamento, mais da metade das pessoas tem melhora expressiva, porém continuam o tratamento por mais seis meses no mínimo, para prevenir recaídas. Há pessoas que continuam o tratamento por anos, e eventualmente, pelo resto da vida (MORENO, R.; MORENO, D.; SOARES, 1999).

Fig. 2: Recomendações para redução gradual dos antidepressivos

Droga	Recomendações
ADT	Gradualmente por até três meses
ISRS	
- Fluoxetina	Desnecessária
- Paroxetina	Redução de 10mg/dia a cada cinco-sete dias, com dose final de 5 a 10mg/dia antes da descontinuação.
- Sertralina	Redução de 50mg/dia a cada cinco-sete dias, com dose final de 25 a 50mg/dia antes da descontinuação.
Antidepressivos Atípicos	
- Venlafazina	Redução de 25mg/dia a cada cinco-sete dias, com dose final de 25 a 50mg/dia antes da descontinuação.
- Venlafaxina XR	Redução de 37,5 a 70mg/dia a cada semana, com dose final de 37,5mg/dia antes da descontinuação.

Fonte : American Family Physician, 2006.

Fonte : American Family Physician, 2006

4.6. Uso de Antidepressivos no Brasil e no Mundo

Segundo pesquisa realizada no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) houve um crescimento, em quatro anos, de 44,8% na venda de antidepressivos e

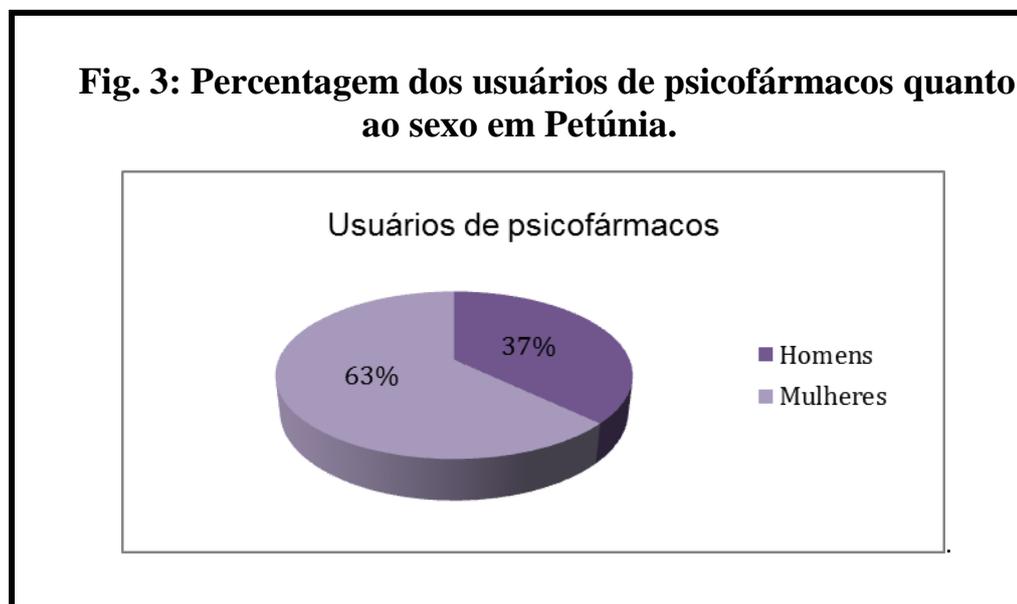
estabilizadores do humor. O volume de vendas desses medicamentos cresceu de R\$ 674,7 milhões nos 12 meses acumulados até outubro de 2005 para R\$ 976,9 milhões no mesmo recorte até outubro de 2009, revelando um crescimento acima da média mundial. O Brasil faz parte de um grupo de países classificados como “farmaemergentes”: Brasil, Rússia, Índia, Coréia, México e Turquia, que juntos são responsáveis por 50% do crescimento mundial do mercado consumidor desses medicamentos. No Brasil, os transtornos mentais e comportamentais, como a depressão, são a terceira causa de afastamento do trabalho (VENDA...,2010).

Aproximadamente 10 milhões de brasileiros sofrem de depressão. A doença pode afetar pessoas de qualquer faixa etária, mas alguns estudos indicam que os sintomas são altamente prevalentes nas fases tardias da vida, no Brasil e no mundo. Um artigo publicado em abril de 2002 na Revista Brasileira de Psiquiatria concluiu que cerca de 10% da população mundial de idosos apresentam quadros depressivos que necessitam de atenção médica. Um estudo, elaborado pelo médico John Snowdon, do Departamento de Psicologia Médica da Universidade de Sidney e do Rozelle Hospital, na Austrália, teve parte de seus trabalhos feitos no Rio de Janeiro. Na capital brasileira com o maior número de pessoas com mais de 60 anos (10,71% da população – IBGE/PNAD, 2000), a incidência de idosos com depressão é ainda maior, de 15,8%, segundo o Ministério da Saúde. Em 2009, 41,5 mil pessoas foram internadas devido a transtornos de humor, quadro em que se insere a depressão. Desses total, 3.895 eram pessoas acima de 60 (SNOWDON, 2002).

Pesquisadores das universidades de Columbia e Pensilvânia realizaram um estudo, utilizando os dados da Agência Nacional de Saúde Americana, e concluíram que o uso de antidepressivos nos Estados Unidos dobrou entre os anos de 1996 e 2005. O aumento ocorreu principalmente em relação a duas drogas, paroxetina e fluoxetina, mas todos os tipos de antidepressivo tiveram um aumento nas vendas. Em 1996, cerca de 13 milhões dos americanos tomavam este tipo de medicamento. Em 2008, havia mais de 27 milhões de pessoas tomando antidepressivos no país, um mercado que movimentava US\$ 9.6 bilhões anualmente (USO..., 2009).

5. Perfil dos Usuários e Medicamentos Consumidos

Em Maio de 2009, foram analisados o registro de todos os pacientes adscritos no PSF da Petúnia que eram usuários de psicofármacos, considerando a idade, o sexo e classe dos medicamentos. Na análise geral de 2009 notamos que a maioria do grupo em estudo era do sexo feminino, totalizando 63% dos usuários (Figura 3).

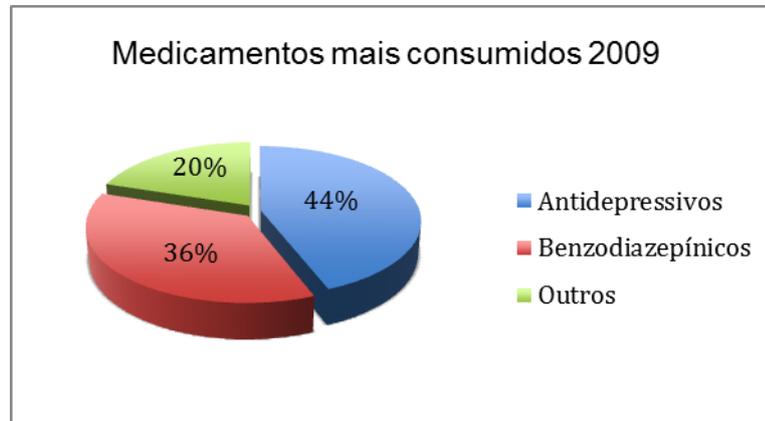


Fonte : Petúnia 2009.

Foram detectadas várias classes de medicamentos consumidas nesse período, mas duas delas se destacaram: os benzodiazepínicos, totalizando 36%, e os antidepressivos, com 44% (Figura 4).

Durante a revisão da literatura, notei que a grande maioria das publicações enfatizavam o abuso de benzodiazepínicos. Diferentemente da maioria dos trabalhos, na população em estudo os antidepressivos superaram todas as outras classes de psicofármacos. Devido a isso, resolvemos focar este estudo apenas nos antidepressivos, embora a ação desenvolvida tenha sido geral, sem um tipo de medicamento específico como objeto.

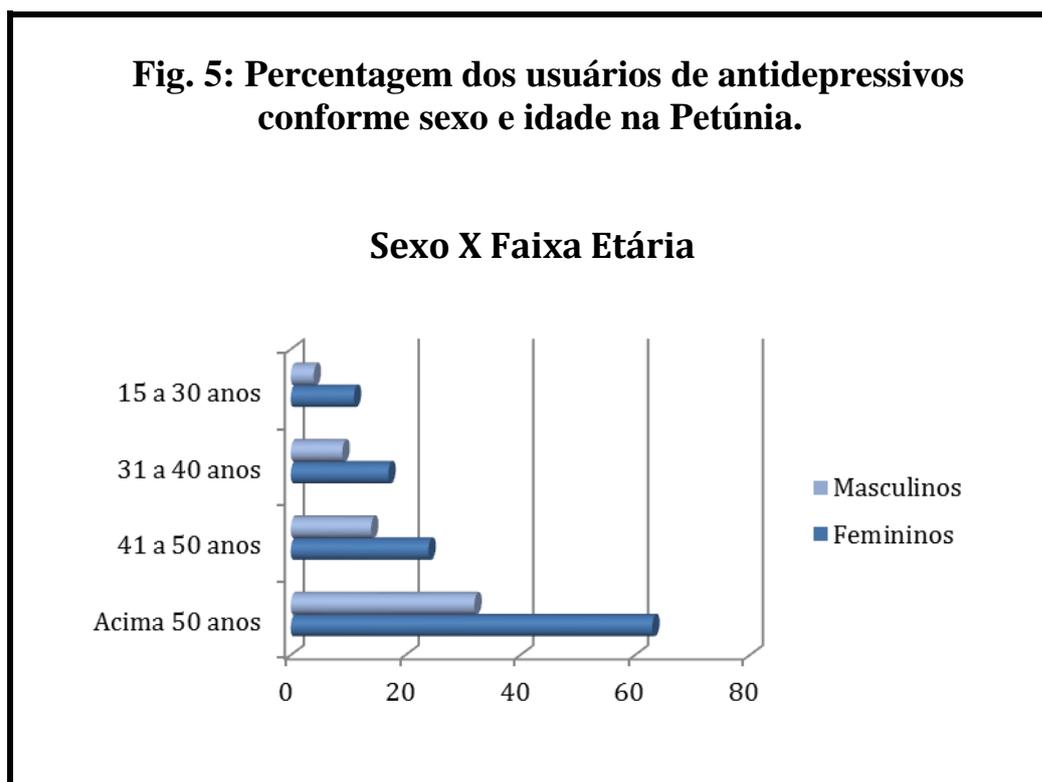
Fig. 4: Percentagem dos medicamentos mais consumidos na Petúnia.



Fonte : Petúnia 2009.

A população usuária de antidepressivos se caracteriza por ser predominantemente feminina e com idade superior a 50 anos (Figura 5).

Fig. 5: Percentagem dos usuários de antidepressivos conforme sexo e idade na Petúnia.



Fonte : Petúnia 2009.

Isso ocorre, provavelmente, porque as mulheres, ao que parece, são mais sensíveis

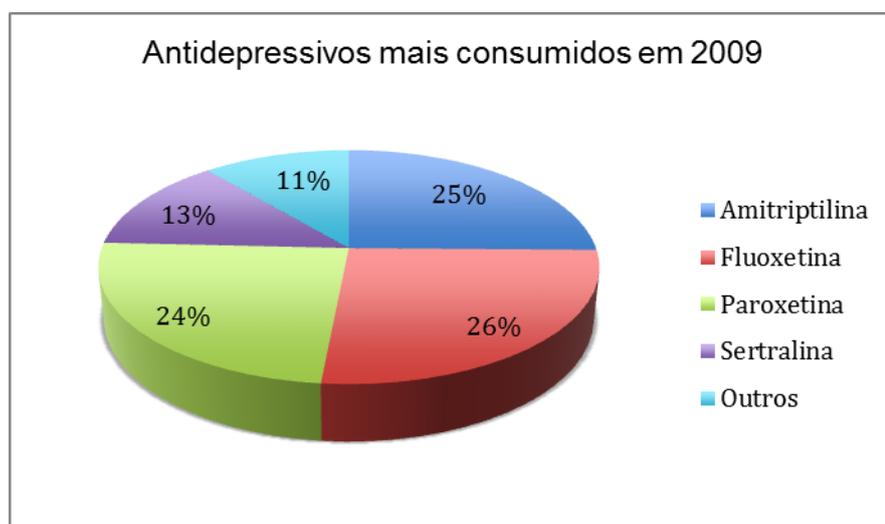
aos problemas sociais, econômicos, familiares e outros. A prevalência da depressão é duas vezes maior no sexo feminino e as razões podem incluir variados estresses, parto, modelos comportamentais e efeitos hormonais (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

O aumento da população idosa associa-se à extensão de doenças crônico-degenerativas, dentre elas aquelas que comprometem o funcionamento do sistema nervoso central, como as enfermidades neuropsiquiátricas, particularmente a depressão. Devido às doenças crônico-degenerativas e às repercussões destas sobre a condição mental, a população idosa tende a requisitar mais os serviços de saúde, usando maior quantidade de medicamentos do que os grupos etários mais jovens (FLORINDO et al., 2002).

O grande consumo de antidepressivos também pode justificar-se pelo seu uso em outras condições que não a depressão, como: enxaqueca, enurese, bulimia, dor crônica e tensão pré-menstrual. Explica-se também pelo seu baixo custo em relação às outras classes de medicamentos, visto que o tratamento é contínuo por meses e seu custo altera o orçamento mensal do indivíduo (GUIMARÃES, 2001).

Entre os antidepressivos usados, houve um predomínio dos tricíclicos e dos ISRSs. A amitriptilina, a fluoxetina e a paroxetina totalizaram 75% dos antidepressivos consumidos em 2009 na Petúnia. Como no município dispomos de poucos clínicos especialistas na área de psiquiatria, e visto que grande parte da população tem receio de consultar profissionais de tal especialidade, boa parcela desses pacientes foi atendida pelo serviço de atenção primária. Os medicamentos mais prescritos, na sua grande maioria pelos clínicos gerais, foram a amitriptilina e a fluoxetina, talvez fundamentados pelo seu fornecimento pela farmácia básica de saúde e por apresentarem maior tolerabilidade.

Fig. 6: Percentagem dos antidepressivos mais consumidos em 2009 na Petúnia.



Fonte : Petúnia 2009.

Em Maio de 2010, após os pacientes terem sido consultados pelo especialista e retornado ao PSF com a carta de retorno, fiz uma comparação com os dados obtidos em 2009. No início do trabalho, 244 tipos de medicamentos eram consumidos pela população, e no seu final 157 foram contabilizados. Esses dados se referem aos medicamentos prescritos pelo médico da equipe do PSF da Petúnia. Essa variável dificultou muito a análise dos dados, visto que muitos pacientes não foram consultar com o especialista, como encaminhado, preferindo consultar com outro médico para conseguir as receitas dos medicamentos, e conseguiram. Assim sendo, a quantidade de medicamentos acima referida está subestimada se levarmos em consideração o uso dos psicofármacos na população adscrita em vez da sua prescrição no PSF. De todos os pacientes que consultaram o médico especialista, indicado pela equipe, apenas seis homens e nove mulheres tiveram suas medicações alteradas, e em nenhum caso houve sua suspensão. Em 2010, tivemos apenas 5 novos pacientes adicionados ao grupo estudado.

Após a análise de um ano de trabalho, fica nítida a manutenção da prescrição dos psicofármacos pelos médicos especialistas e por outros recorridos pelos pacientes.

6. Descrição da Experiência

Após a minha entrada no PSF da Petúnia percebi, através de atendimentos a pacientes, que uma grande parcela da população adscrita abusava dos psicofármacos. Corroborando esse fato, a própria equipe da unidade mostrou-me o registro de vários dados coletados durante anos, comprovando que parte significativa da referida população era usuária, há longo tempo, desses medicamentos. Resolvi, então, analisar os prontuários médicos para tentar obter informações e entender as prescrições feitas, baseando-me nos diagnósticos estabelecidos previamente e nos tratamentos propostos. Infelizmente, a maioria dos prontuários não me forneceu dados que direcionassem a minha investigação e fundamentassem a minha suposição do uso abusivo de psicofármacos. Neles constavam apenas data, nome e quantidade do medicamento prescrito. A minha impressão era que o próprio PSF estava realizando uma prática iatrogênica na prescrição destes medicamentos - atitude contraditória tendo em vista a estratégia de reorganização da atenção primária. Apreensiva com tal hipótese, e levando em consideração minha predileção pela psiquiatria, entre tantas outras especialidades médicas, resolvi averiguar o suposto problema junto à equipe do PSF da Petúnia.

Após a análise inconclusiva dos prontuários, a equipe da PSF realizou diversas reuniões, e a partir da experiência de trabalho de muitos profissionais da equipe de atenção básica, decidiu-se que a melhor medida a ser tomada seria agendar uma consulta médica para cada um dos pacientes identificados, buscando captar as informações que o prontuário não esclarecia. Durante cada consulta, perguntava-se ao paciente há quanto tempo fazia uso do(s) medicamento(s) em estudo, quem o prescreveu pela primeira vez, se havia uma doença específica em tratamento e qual médico o acompanhava. As consultas eram guiadas por esse questionário oral que havia sido criado pela própria equipe, durante as reuniões, com o objetivo de ajudar-nos a constatar a existência de abuso desses fármacos, assim como orientar-nos em relação às mudanças futuras. As agentes comunitárias de saúde ficaram responsáveis por comunicar aos pacientes a necessidade de comparecer à unidade básica de saúde para uma consulta médica, ficando a critério dos mesmos a escolha do melhor dia e horário. Dos 181 pacientes referidos, 165 compareceram à unidade, 12 receberam visita domiciliar e quatro não responderam à solicitação.

Este número de comparecimento significou uma vitória para a equipe local e um sinal da necessidade de estudar com mais profundidade a questão do uso de psicofármacos na atenção básica.

No consultório, ouvi os mais diversos relatos e justificativas para o uso dos medicamentos. Lembro-me de um paciente queixando de dificuldade para dormir, motivo pelo qual procurara o médico que receitou a medicação que então usava. Desde então, o paciente alegou só conseguir dormir usando esse remédio. Outra paciente usava a medicação há 14 anos - época em que se sentia nervosa e foi medicada pela vizinha, que lhe emprestou uma cartela do remédio que fazia uso. Após questionar todos os pacientes durante a consulta médica e reunir os fundamentos necessários, chegamos à conclusão de que a grande maioria fazia uso desses medicamentos há vários anos, sem acompanhamento de nenhum médico e sem uma investigação completa de sua saúde. Todos relatavam que conseguiam as receitas no próprio PSF sem nunca um médico sequer ter contestado o uso dos fármacos.

Frente a esta situação, em Maio de 2009, a equipe resolveu encaminhar todos os pacientes usuários de psicofármacos a um médico especialista através do sistema de referência e contra-referência do nosso município. A especialidade escolhida seria aquela referente aos sintomas que inicialmente " justificaram " o uso da medicação. Eram solicitadas ao especialista uma avaliação do paciente e uma carta de retorno contendo: hipótese diagnóstica, data da próxima consulta, medicação prescrita pelo mesmo (se a medicação já em uso seria mantida, alterada ou suspensa) e o tempo de prescrição da mesma pelo médico do PSF. Dessa forma, proporcionaríamos uma atenção mais completa ao indivíduo, respeitando sua singularidade e mantendo uma terapêutica adequada. É de extrema importância para o médico estar atualizado sobre todas as doenças apresentadas pelo usuário e as medicações em uso. Isso possibilita uma integralidade no atendimento e no acompanhamento do doente, ajuda na prescrição de novos remédios, evitando interações medicamentosas, e na detecção precoce do agravamento de doenças em tratamento e de falhas terapêuticas.

Para o êxito da nossa experiência, era imprescindível ter um sistema de referência e contra-referência funcionando efetivamente, como o da nossa região - articulando, através da relação de parceria entre os serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção e respondendo adequadamente, com eficácia e com eficiência, às necessidades da população. Esse fluxo ordenado de pacientes permitiu que as necessidades do PSF e de sua população adscrita fossem atendidas nos espaços adequados, com tecnologias apropriadas, do acompanhamento até a resolução de todos os seus problemas – assegurando-se, assim, a continuidade dos serviços.

Após a implantação dessa nova conduta, criada e mantida pela equipe do PSF, os pacientes tinham seus medicamentos prescritos por mais 3 meses - tempo suficiente para

consultarem o especialista e voltarem com a carta de retorno. No início, tivemos muitos problemas dentro da própria equipe e no relacionamento com a população. Havia um sinal de certa resistência e muitas pessoas indagavam o porquê de terem que ir a outro médico, uma vez que sempre obtinham as receitas no próprio PSF. Naquele momento, a impressão da equipe era a de que a população via um complô contra ela, embora quiséssemos o melhor para os nossos usuários. A equipe reuniu e avaliou a melhor saída para continuar o processo de trabalho. Fizemos várias palestras sobre as indicações de uso dos principais medicamentos usados, seus efeitos colaterais e possíveis complicações, como a dependência. Justificávamos, assim, nossa conduta e orientávamos a população sobre os riscos que corriam.

Com o tempo, a população foi entendendo e aceitando melhor a mudança proposta pela equipe. Entendemos também que as mudanças exigem maior informação e melhor preparação das pessoas envolvidas no processo. Aos poucos, os pacientes retornavam de suas consultas e traziam a carta solicitada, e assim passavam a ter seus prontuários atualizados com as doenças em tratamento e os medicamentos em uso. Dessa forma, todo usuário de psicofármacos tinha seu cadastro no PSF e recebia sua receita, mensalmente, em casa. Após a estabilização do quadro clínico apresentado, o paciente era reencaminhado ao PSF para seguimento do tratamento, mas no caso de aparecimento de novos sintomas, ou retorno dos antigos, era agendada nova consulta com o especialista.

Por meses mantivemos essa conduta, e após um ano do seu início, a equipe comparou os dados obtidos em 2009 e 2010, considerando a faixa etária e o sexo dos usuários, a classe dos medicamentos e a quantidade usada.

7. Considerações Finais

O desfecho dessa experiência caracteriza-se pela manutenção do uso excessivo de psicofármacos. Apesar de mais da metade dos pacientes terem consultado o especialista, a prescrição dos medicamentos se manteve em 98% dos casos, sem nenhuma alteração. Vários pacientes narraram, ao voltar do especialista, que imploraram ao mesmo dizendo passar muito mal sem os remédios, pedindo que não os retirasse, e tiveram suas solicitações acatadas. Dessa forma, muitos medicamentos foram mantidos devido à pressão feita pelos pacientes. Indaga-se aqui se a manutenção dos medicamentos ocorreu devido à indicação clínica ou à comodidade médica. Fica claro que muitos dos pacientes cujas informações foram analisadas neste estudo depositam sua felicidade e bem-estar, mesmo que momentâneos e artificiais, nas “pílulas milagrosas”. Hoje em dia o homem não aceita mais os altos e baixos da vida, alterações ocasionais da personalidade e de humor e os problemas do cotidiano. A felicidade e o bem-estar passaram a ser buscados a qualquer custo, incentivados por publicidade com promessas rápidas e milagrosas.

A psiquiatria passou a ter um remédio para cada mal da sociedade. Atualmente existe um apelo simbólico ao prazer. Busca-se o máximo do prazer, desvalorizando as pequenas conquistas e satisfações comuns do cotidiano. As pessoas querem sempre mais, e rápido, apelando às drogas para alcançar seus objetivos. Essa análise refere-se aos pacientes estudados por mim durante um ano, através de diversas consultas e avaliações de seus sintomas, história patológica pregressa e o seu cotidiano.

Como médica do PSF da comunidade do distrito Petúnia, continuo preocupada com a situação, e continua me causando estranheza o número significativo de pacientes usuários de psicofármacos (PF), definidos como aqueles que afetam o humor e o comportamento. Mas creio ter sido alcançado o objetivo desse trabalho de relatar a experiência do Programa de Saúde da Família da Petúnia visando à diminuição do uso inadequado de antidepressivos, identificar o perfil dos seus usuários, os medicamentos mais usados por eles e seus principais efeitos colaterais, e também de realizar uma revisão da literatura sobre o uso abusivo de antidepressivos.

Como resultado deste trabalho, muitas mudanças ocorreram em decorrência do esforço coletivo das equipes de PSF em planejar e orientar as ações de intervenção e controle sobre os problemas de saúde diagnosticados. A população das zonas rurais se beneficiou das significativas melhoras no acesso à saúde e na qualidade

dos serviços prestados que priorizavam a promoção, proteção e recuperação da saúde. Os pacientes passaram a ser recepcionados de maneira acolhedora a partir de uma visão humanizada, através da criação e manutenção de um ambiente terapêutico adequado e compatível com suas necessidades e à solução de seus problemas. Os membros da equipe se vincularam aos usuários em um processo de co-responsabilização pela saúde dos mesmos que passaram a sentir que sua saúde estava sendo promovida a todo tempo, independentemente da presença de doença.

8. Referências Bibliográficas

American Family Physician, 2006 *apud* FLECK M.P.A. *et al.* Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, vol. 25, n. 2, p.114-122, jun. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão é parceira indesejável de 10% dos idosos**. Portal da Saúde, 28 out. 2010. Disponível em : <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtx=19108>. Acesso em: 09 nov. 2010

FLORINDO, S. et al. **Depressão no Idoso:Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física**. Rio Claro: Motriz, v.8, n.3, p. 91-98, ago./dez. 2002

GUIMARÃES, F.S. Medicamentos antidepressivos e estabilizadores de humor. In: GRAEFF, F.; GUIMARÃES, F. **Fundamentos da Psicofarmacologia**. São Paulo: Atheneu, p. 93 -122, 2001.

INTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E E ESTATÍSTICA. **Censo 2000**. Pesquisa Nacional por amostras de domicílios. IBGE –Cidades@. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> >. Acesso em: 15 nov. 2010.

INTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. IBGE – Cidades@. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> >. Acesso em: 15 nov. 2010.

KOIZUMI, M.S. Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 26, n. especial, out. 1992.

MORENO, R. A. ; MORENO, D. H. ; SOARES, M. B. M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, p. 24-40, maio 1999.

PAULIN,L.F.; REIS, E. F. ; RODRIGUES, E P. Síndrome da descontinuação dos antidepressivos. **Revista Brasileira de Medicina**, p. 226-330, 2008. Disponível em: <<http://www.cibersaude.com.br/dados.asp>>. Acesso em: 28 out. 2010.

RANG, H. P. et al. Farmacologia. 5. ed. Rio de Janeiro : Elsevier, 2003.

SNOWDON, J. Qual a prevalência da depressão na terceira idade? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p. 42-47, abril 2002.

SOUZA, F.G. Tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, maio 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxix.exe/iah/>>. Acesso em: 2 out. 2010.

SUGESTÕES para a estruturação dos Relatos de Experiência Profissional, jun. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.homolog.bvsalud.org/pdf/psicope/pdf1.pdf>> Acesso em: 26 out. 2010.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 149-159, jun. 2005.

Uso de antidepressivos dobra nos Estados Unidos, indica estudo. O Globo, 04 ago. 2009. Disponível em : <http://oglobo.globo.com/vivermelhor/mat/2009/08/04_uso-de-antidepressivos-dobra-nos-estados-unidos-indica-estudo-757098958.asp> .Acesso em: 05 nov. 2010.

VENDA de antidepressivos cresce no Brasil. Depressão.NET, 08 jun. 2010. Disponível em: < <http://www.depressao.net/venda-de-antidepressivos-no-brasil-cresce.html>>. Acesso em: 09 out. 2010.