

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS

Matheus Dalsasso Batista

DESCONTINUAÇÃO DE ANTIDEPRESSIVOS USADOS  
INADEQUADAMENTE E SÍNDROME DE DESCONTINUAÇÃO

PORTO ALEGRE

2018

ALEGRE UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Matheus Dalsasso Batista

DESCONTINUAÇÃO DE ANTIDEPRESSIVOS USADOS  
INADEQUADAMENTE E SÍNDROME DE DESCONTINUAÇÃO

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em  
Saúde da Família pela Universidade Federal de Ciências  
de Saúde de Porto Alegre e UNA-SUS.

Orientadora: Ariadna Janice Drumond Moraes

PORTO ALEGRE

2018

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	03
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	05
3. PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	08
4. VISITA DOMICILIAR.....	11
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	14
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
7. ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	19

## 1. INTRODUÇÃO

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em agosto de 2016, atuo no Programa Mais Médicos pelo Brasil desde fevereiro de 2017 sendo este meu primeiro contato com a atenção básica como profissional médico. Atuo desde o início em três unidades básicas de saúde na zona rural do município de Cachoeira do Sul no Estado do Rio Grande do Sul, sendo elas as unidades de Três Vendas, Bosque e Barragem do Capané (equipe volante).

Localizadas na zona rural norte do município de Cachoeira do Sul, as unidades em que atendo cobrem metade da população rural da cidade (dividida em norte e sul), abrangendo uma grande área física do município e contando com um público de cerca de 3500 pessoas, em sua maioria trabalhadores rurais.

As unidades são de difícil acesso e as estradas para suas localizações são de chão e com pouquíssima manutenção por parte do município, o que dificulta o transporte dentro destas regiões, não só para as unidades de saúde como também para as escolas e demais associações com sede na área.

Em nossas equipes de saúde volante contamos com 01 enfermeira, 01 técnico em enfermagem e 01 odontologista (apenas na unidade de Três Vendas nas segundas e terças-feiras). Apesar de não fazerem parte da equipe de saúde também convivemos com 01 higienizador e 01 motorista que sempre nos acompanham nas unidades.

Uma grande parte da população assistida pelas unidades trabalha no plantio do fumo e mais da metade destes trabalhadores apresentam transtornos de ansiedade e/ou depressão, fruto provável da relação com o uso de agrotóxicos como já comprovado em estudos científicos realizados no Estado. Além destas condições a hipertensão arterial sistêmica, o hipotireoidismo e diabetes mellitus são condições prevalentes na comunidade assim como no Brasil.

Desta maneira muitos pacientes encontram-se em uso de medicações antidepressivas e uma parcela significativa destes as utilizam de maneira inadequada ou mesmo sem indicação de uso, pelo fato de vizinhos ou familiares utilizarem e recomendarem.

Visando uma solução para este panorama de uso inadequado de medicações antidepressivas, o projeto de intervenção em anexo propõe uma abordagem sistematizada e coerente à retirada dessas medicações em uso indevido pela população local, em uma tentativa de vencer um dentre os diversos fatores que influenciam negativamente a situação de saúde mental da população em questão.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Relato de caso:

Paciente MTC, sexo feminino, cor branca, 46 anos, escolaridade de ensino fundamental completo, de estado civil casado, agricultora de profissão e natural de Cachoeira do Sul – RS.

Portadora de hipertensão arterial sistêmica (HAS), em uso de Enalapril 10mg de 12/12hs para tal condição, alérgica a dipirona e em uso de Fluoxetina 20mg 1 comprimido uma vez pela manhã todos os dias. Nega uso de outras medicações. Nega etilismo e/ou tabagismo.

De antecedentes familiares apresenta histórico de hipertensão arterial sistêmica manifestada em irmãos (2) e em seu pai. Nenhuma outra condição de saúde relata em história familiar. De história patológica pregressa apresenta cirurgia de colecistectomia eletiva devido a colelitíase sintomática há cerca de cinco anos.

Além disso, toda sua família trabalha com o plantio do fumo na região, todos expostos as mesmas condições de trabalho e ocupacionais.

A paciente em questão apresenta-se em bom controle pressórico atualmente, em boas condições socioeconômicas (classe média baixa), tem dois filhos do sexo masculino, ambos na adolescência, de seu primeiro e único casamento. Tem sua ocupação como agricultora em plantação de fumo e durante anos de sua vida esteve em contato com agrotóxicos, muitas das vezes sem a devida proteção ou fiscalização de órgão sanitário.

Em sua primeira consulta na unidade de saúde de Três Vendas (atendimento nas segundas e terças-feiras por equipe volante Rural Norte) sua queixa principal foi de dificuldade para cessação do uso de antidepressivo (Fluoxetina), o qual utiliza há mais de 02 anos sem saber ao certo a indicação do tratamento, apenas relatando ser “para os nervos”. Neste primeiro momento foi tentado chegar à razão de prescrição da medicação há três anos e, segundo critérios do CID-10, verificando-se retrospectivamente os sintomas da época, tratava-se de um episódio depressivo leve. Também se constatou que não houveram episódios depressivos anteriores ou subsequentes a este.

Para tal condição não seria necessário o tratamento medicamentoso por este não diferir de placebo em seus resultados (boa resposta) nos estudos atuais, podendo

ter sido usado a terapia cognitivo-comportamental, caso disponível. (FLECK, Marcelo P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2009, vol.31, suppl.1, pp.S7-S17. ISSN 1516-4446).

Na época a paciente sentiu relativa melhora de condição que durava já 04 meses, porém continuou com seu uso continuamente pela repetição de suas prescrições em consultas médicas de rotina e pelo fato de sua vizinha e amiga utilizar a medicação continuamente e relatar sentir-se muito melhor.

Recentemente, há cerca de dois meses a paciente vem por conta própria tentando retirar a medicação pelo fato de sentir-se bem, sem humor deprimido ou outras queixas psiquiátricas e de saúde mental, porém tem tido dificuldade pela presença de sintomas de descontinuação sempre que faz esta tentativa, como tontura e palpitações.

A partir das diretrizes brasileiras para depressão o episódio da maneira como foi relatado não precisaria do tratamento nem mesmo inicial ou de manutenção (como visto em aprendizado no curso de especialização do UNASUS); porém devido ao tempo de uso prolongado pela paciente foi optado por reduzir a dose da medicação ao longo de seis meses.

Devido ao fato de não haver outras formulações exceto a de 20mg na rede pública foi optado por dividir estes seis meses em três momentos: um primeiro momento em que a paciente utilizaria 01 comprimido por dia em dias alternados por dois meses, após um segundo período em que reduziria a dose para 01 comprimido a cada 03 dias, e nos últimos dois meses em um terceiro momento seria utilizado 01 comprimido a cada 04 dias, para então haver a cessação completa do uso da medicação.

A paciente em questão foi uma das quais esteve incluída no projeto de intervenção anexado neste portfólio.

Ao longo desses seis meses a paciente foi acompanhada em consultas semanais no primeiro período, constatando-se sintomas apenas nas primeiras quatro semanas de descontinuação, tornando-se muito esporádicos a partir deste momento, sendo então a paciente acompanhada mensalmente, sempre sendo reafirmado para esta quanto à normalidade da situação que apresentava e para seguir-se o plano de descontinuação como orientado.

Em todas as consultas de acompanhamento da descontinuação foi aplicada a escala de Goldberg nas consultas médicas, não se constatando episódios de recaída. Além das consultas médicas para este e outros casos houve planejamento da equipe de saúde (técnico de enfermagem, enfermeira e agentes de saúde) para sempre perguntarem quanto ao humor da paciente e quanto ao uso da medicação conforme prescrição médica, sempre reafirmando-se a necessidade de seguimento do quadro através das consultas.

Desde então a paciente vem sendo acompanhada depois de retirada completa de medicação antidepressiva e não apresenta recaída ou piora de humor. Apesar da ligação de episódios de depressão com uso de agrotóxicos em estudos realizados no estado, a paciente em questão aparentemente esteve em uso da medicação mais por falta de observação médica adequada, um diagnóstico e terapêutica comprometidos em um primeiro momento, e pela cultura estabelecida na comunidade sobre a “necessidade” de utilizar medicação para “os nervos”.

Todas as orientações dadas a paciente e seu acompanhamento tiveram como base estudos já mencionados no projeto de intervenção anexado a este portfólio e também a Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão de 2009.

Apesar de a medicação em questão poder ser retirada usualmente de imediato devido a sua meia-vida, no caso em específico da paciente supracitada foi decidido pela retirada gradual devido a sua sintomatologia (Fleck, 2003).



### 3. PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Seguindo a temática geral do presente trabalho, nos direcionaremos para a saúde mental em um novo momento, abordando as esferas de promoção e prevenção dentro do contexto da atuação nas unidades rurais do município de Cachoeira do Sul - RS.

Visando melhor ilustrar esta situação, segue o relato de caso:

Paciente 56 anos de idade, branco, casado, tabagista 01 maço/dia, trabalhador rural do plantio de fumo durante toda sua trajetória ocupacional, em uso de Enalapril 10mg 12/12 horas para hipertensão arterial sistêmica, nega alergia alimentar ou medicamentosa, e vem a consulta sob a queixa de ansiedade e falta de ânimo.

Morador da região do Bosque há cerca de 15 anos, F.S.V. conta-me que há muitos anos trabalha com o plantio de fumo e que não é uma vida das mais fáceis. Ao relatar-me sobre as condições de trabalho é possível constatar as mudanças que houveram na rotina de um trabalhador desta área, nesta atuação, devido a evolução das tecnologias; porém a situação socioeconômica segundo o paciente não melhorou condizentemente.

As queixas do paciente concentram-se em torno da exacerbação da ansiedade que apresenta atualmente devido a temporais e condições climáticas que arruinaram com sua atual colheita, mas não se justificam apenas neste episódio atual já que mesmo anteriormente já havia um estado “basal” de humor deprimido, fadiga e ansiedade em exacerbações esporádicas.

Há evidências em estudos realizados no estado do Rio Grande do Sul que o trabalho com o plantio do fumo e o seu conseqüente contato com o uso de agrotóxicos está ligado com a maior incidência de quadros depressivos e mesmo de suicídio, como fim deste (FALK, 1996; ETGES, 2002).

F.S.V. relata que é muito difícil a utilização dos aparatos de segurança (EPIs) nos dias quentes e confessa que durante sua vida pouco fez uso dos mesmos, cuidando apenas nos dias em que achava que poderia haver vigilância por parte das empresas que comprariam as folhas do tabaco, o que não era tão frequente em sua época.

Além da exposição aos agrotóxicos e a indevida proteção para sua aplicação na plantação o paciente apresenta outros fatores de risco para depressão, como baixa escolaridade, história pregressa de etilismo e acontecimentos estressores (por exemplo, a perda da safra).

De acordo com a World Health Organization (WHO) no seu guia “Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options” de 2004, a promoção de saúde mental diferencia-se por focar-se em promover saúde mental positiva através de um estímulo ao bem estar psicológico, a resiliência e competência em um ambiente que crie condições de vida com maior suporte possível. Por outro lado, o enfoque da prevenção visa reduzir sintomas de desordens mentais e as próprias desordens utilizando-se, inclusive, da promoção de saúde mental.

Como situações de risco para desordens mentais, em um âmbito “macro”, segundo o guia baseado em evidências, F.S.V. apresenta insegurança econômica, facilidade ao acesso de substâncias com potencial aditivo, como o álcool, e baixo nível de escolaridade. Nega no caráter individual má nutrição durante a infância, violência doméstica e isolamento, porém sempre viveu em um ambiente de desigualdade social e relativa pobreza.

Para lidar com a situação do paciente em questão e de diversos outros em situação semelhante podemos fortalecer redes comunitárias locais que estimulem a interação interpessoal positiva entre os participantes, participação e responsabilidade social em um ambiente de tolerância, entrando a equipe de saúde como mediadora nestes encontros.

Nestes grupos é possível combinar intervenções nos locais de trabalho de pacientes e buscar auxílio com profissionais especialistas em aconselhamento econômico para ofertar palestras.

Em nossa vivência na zona rural de Cachoeira do Sul, como equipe de saúde volante presente no local, temos dado início a estas atividades em caráter experimental, porém progressivo, e viemos evoluindo gradativamente nesse sentido, incentivando a organização dentro das vizinhanças, adaptabilidade, resiliência, exercícios físicos e atividades que aumentem o sentimento de maestria e controle nos pacientes através de oficinas (como de costura por exemplo, entre outras) que salientem as habilidades de cada um.

No sucesso deste experimento até então, encontra-se F.S.V. que obteve alívio de seus sintomas, até então sem o uso de medicações antidepressivas ainda que acompanhado de muito perto pela equipe de saúde (WHO, 2004).

Conclui-se que é possível através de medidas de fácil elaboração acarretar em promoção e prevenção em saúde mental para a comunidade na qual estamos inseridos, bastando organização e um bom vínculo equipe-pacientes para dar um bom início a estas estratégias, possibilitando intervir na medida do possível em fatores de risco para desordens mentais mesmo estando ciente dos fatores de difícil resolução como a desigualdade social e pobreza na região.

#### 4. VISITA DOMICILIAR

No escopo de prática da medicina e demais atuações da saúde na zona rural de Cachoeira do Sul, através das unidades básicas de saúde volante da região norte, a visita domiciliar encontra enormes dificuldades, sobretudo já de início nas também enormes distâncias a se percorrer para chegar das unidades para o destino final de uma visita programada em determinado domicílio por muitas vezes.

Ademais, o fato de haver três unidades/regiões cobertas pela equipe de saúde volante torna a área física e os deslocamentos nesta mais complicados, somando-se a isso o descaso para com as estradas (quase em sua totalidade “de chão” e em péssimas condições) que dão acesso às residências dos moradores da comunidade.

Superando a cada dia mais as dificuldades e falta de recursos na zona rural, seja na unidade em si como no próprio ambiente rural, nossa equipe tem aumentado a frequência das visitas domiciliares por entender que o objetivo central destas é a comunidade e a família e que ambas influenciam no processo de adoecimento dos indivíduos, advindo das interações deste com o contexto em que se encontra inserido (Takahashi, 2001).

Segue relato de caso:

Em uma de nossas visitas domiciliares à M.V.V., sexo masculino, 64 anos, diabético, hipertenso, tabagista portador de doença arterial obstrutiva periférica e com amputação de membro inferior esquerdo há 15 dias, durante realização de curativo de ferida operatória estivemos conversando com E.S.V., esposa do paciente em questão.

Ao analisar os exames laboratoriais previamente solicitados para M.V.V. foi constatado alteração em diversos parâmetros relacionados à doença renal crônica, não constatada até então, encaminhando-se o paciente com exames adicionais para o serviço de nefrologia e explicando-se a situação para o paciente e sua esposa. Durante esta conversa foi notado que E.S.V. estava com os olhos marejados e com aparência de exaustão, procedendo-se então para consulta médica para com também esta, como já programado.

Pelo fato de a paciente em questão ser esposa e cuidadora de seu esposo, apresentava um considerável grau de exaustão e humor deprimido por estar sobrecarregadas com suas diversas atividades somadas ao cuidado de um doente crônico em situação delicada e mau controle de morbididades de longa data. Ao

prosseguir da consulta foi constatado que a paciente apresentava episódio depressivo moderado com critério para uso de antidepressivos, porém não havia consultado até então para tal, e estava em uso de Amitriptilina 25mg, 01 comprimido a noite, por conta própria, por ouvir de uma vizinha que o remédio “ajudava para os nervos”, conseguindo-o por meio da vizinha e sem remissão ou melhora significativa do quadro.

Ao término da consulta a paciente foi medicada de maneira adequada retirando-se a automedicação em subdose e acrescentando-se tratamento adequado para episódio depressivo moderado, obtendo melhora após duas semanas de tratamento, seguindo então atualmente acompanhamento na unidade de saúde.

Analisando-se este episódio podemos constatar o quanto o contexto familiar e da comunidade em que os indivíduos estão inseridos podem moldar, disfarçar ou mesmo ocasionar quadros clínicos, processos de adoecimento entre outras injúrias ou ameaças à saúde.

Em nosso contexto de atuação as visitas são solicitadas com os agentes comunitários de saúde e então encaixadas na agenda da equipe volante, necessitando de avaliação para verificar a viabilidade do transporte em determinadas ocasiões nas áreas mais distantes da zona rural. Constatando-se então a viabilidade a equipe realiza a visita domiciliar cumprindo com os procedimentos necessários no local como curativos, entre outros. Além da visita em si, consulta médica e procedimentos, mantemos contato com os cuidadores para prevenção de lesão por pressão em acamados e para esclarecimento de dúvidas quando surgem.

A integralidade como um dos pilares principais da construção da atenção primária à saúde, articulando-se nas ações de promoção, prevenção e recuperação e na abordagem integral dos indivíduos e familiares, pode melhorar neste atendimento. Necessita-se em nosso contexto de novas atitudes por parte dos profissionais da saúde e recusa em objetivar e recortar sujeitos de seus ambientes de vivência nos quais as ações incidem. (Mattos, 2001).

Atualmente o seu M.V.V. encontra-se em acompanhamento no serviço de nefrologia do município e acompanhado por visitas domiciliares por nossa equipe e a dona E.S.V. participa dos grupos que realizamos quanto à saúde mental esporadicamente, além do acompanhamento clínico por meio de consultas médicas na unidade.

Conclui-se então a importância da prática da visita domiciliar e o seu poder de transformar, visto no exemplo citado anteriormente, a realidade de famílias e indivíduos e então comunidades, compreendendo-a como um todo e cada participante como indissociado dos restantes nos processos de saúde da região.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Na realização do presente trabalho foi possível averiguar se através das intervenções realizadas sob a luz das evidências em medicina atuais, os efeitos da prescrição inadequada de antidepressivos e o mau manejo das situações nas quais estes são necessários.

Dentre as diversas dificuldades constatadas no desenvolver do projeto de intervenção aprendemos e tivemos maior noção sobre a real situação da população adscrita em nossas zonas de atuação quanto ao tema em questão.

Ademais, o fato de estar inserido em um equipe volante que atua na zona rural do município, com grandes empecilhos quanto a distância e arrecadação de recursos, contribuiu para entender o porquê da situação instaurada em nossas comunidades, como já visto nos demais tópicos do presente trabalho.

Dentre os contextos nos quais nossos pacientes estão inseridos incluem-se a exposição a agrotóxicos no plantio do fumo, que pode ter papel fundamental nos quadros de transtornos do humor, mais especificamente depressivos, somando-se a cultura de uso de medicações ansiolíticas muitas vezes sem prescrição adequada.

Visto que há um risco para a população adscrita e o uso torna-se necessário, é comum que muitos pacientes acabem por usar das medicações por recomendação de vizinhos e amigos, que já estão “acostumados” ao seu uso e muitas vezes até mesmo manejo destas ou troca por outras substâncias.

Todos estes fatos em conjunto tornam a situação delicada e com variáveis multifatoriais em nossa atuação nas unidades rurais.

No desenvolver dos grupos de acompanhamento da desprescrição, realizados sob diversas dificuldades como já descrito, aprendemos que apesar das adversidades que os problemas encarados por nossos pacientes podem muitas vezes ter soluções facilitadas por abordagens mais conscientes da equipe de saúde e cientes do contexto geral em que a comunidade encontra-se inserida.

Toda a problemática necessita solução e estamos no caminho correto para a transformação da realidade de nossos pacientes no que diz respeito ao tema abordado no presente estudo.

Durante o curso de especialização houve grande melhoria da atenção aos pacientes pela qualificação pela qual passamos, por exemplo, nas aulas de manejo da depressão na atenção primária à saúde, além dos demais outros temas nos quais fomos aprimorados que vão além da temática do estudo em questão.

Na continuação da atenção a este respeito e no aprendizado progrediremos para o bem comum da população e com o passar do tempo poderemos continuar progredindo até mesmo em outras temáticas que necessitam de resolução na vida da comunidade que atendemos.



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUER M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Möller HJ, World Federation of Societies of Biological Psychiatry. Task Force on Unipolar Depressive Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2013 Jul;14(5):334-85. Epub 2013 Jul 3.

DUNCAN B.B., SCHMIDT M.I., GIULIANI E.R.J. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ETGES, V. E. et al. O impacto da cultura do tabaco no ecossistema e na saúde humana. Porto Alegre: Textual, v. 1 nov. 2002.

FALK, J. W. et al. Suicídio e doença mental em Venâncio Aires - RS: consequência do uso de agrotóxicos organofosforados? Relatório Preliminar de Pesquisa, 1996.

FAVA GA, Gatti A, Belaise C, Guidi J, Offidani E. Discontinuation: A Systematic Review. *Psychother Psychosom*. 2015 Feb;84(2):72-8. Epub 2015 Feb 21.

FAVA M. Prospective studies of adverse events related to antidepressant discontinuation. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67 Suppl 4:14.

FLECK, Marcelo P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2009, vol.31, suppl.1, pp.S7-S17. ISSN 1516-4446

JUDGE R, Parry MG, Quail D, Jacobson JG. Discontinuation symptoms: comparison of brief interruption in fluoxetine and paroxetine treatment. *Int Clin Psychopharmacol.* 2002;17(5):217.

MATTOS RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001. p. 39-64

MICHELSON D, Fava M, Amsterdam J, Apter J, Lønborg P, Tamura R, Tepner RG . Interruption of selective serotonin reuptake inhibitor treatment. Double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2000; 176:363.

ROSENBAUM JF, Fava M, Hoog SL, Ascroft RC, Krebs WB. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomized clinical trial. *Biol Psychiatry.* 1998;44(2):77.

TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M. A.C. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: Ministério da Saúde. *Manual de enfermagem - programa de saúde da família.* São Paulo: 2001, p.43-6.

TINT A, Haddad PM, Anderson IM. The effect of rate of antidepressant tapering on the incidence of discontinuation symptoms: a randomised study. *J Psychopharmacol.* 2008; 22(3):330.

WARNER CH, Bobo W, Warner C, Reid S, Rachal J. Antidepressant discontinuation syndrome. *Am Fam Physician.* 2006; 74(3):449. Withdrawal Symptoms after Selective Serotonin Reuptake Inhibitor.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Summary report: Prevention of mental disorders - effective interventions and policy options. Geneva: World Health Organization; 2004.

7. Anexo I:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS

Matheus Dalsasso Batista

ESTRATÉGIAS PARA MELHOR ADESÃO A DESCONTINUAÇÃO DE  
ANTIDEPRESSIVOS INADEQUADAMENTE E MANEJO DA SÍNDROME DE  
DESCONTINUAÇÃO

PORTO ALEGRE 2017

## RESUMO

Este projeto de intervenção propõe a elaboração de estratégias que visem a melhor adesão a descontinuação de medicações antidepressivas/ansiolíticos em uso inadequado por parte da população local e que visem a adequação da equipe de saúde local e do aporte municipal para melhor tratar estes pacientes da unidade de Três Vendas, situada em Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul. Serão apresentadas diferentes maneiras de se realizar a abordagem dos casos, identificando fatores de risco para a má adesão à adequação de tratamento, causas, e estratégias individualizadas para cada caso. O sucesso deste projeto pode ter impactos sensíveis em custos na saúde pública e qualidade de vida dos cidadãos, uma vez que pacientes mal manejados procurarão mais os serviços de saúde pública desnecessariamente e estarão expostos a quadros de agudização psiquiátrica se mal manejados quanto a descontinuação de suas medicações. Objetivo: Elaboração de plano de ação para treinar e habilitar a equipe de saúde local e capacitá-la para a desprescrição de antidepressivos em uso inadequado.

Palavras-chave: Descontinuação de antidepressivos e ansiolíticos. Estratégia Saúde da Família. Uso Indevido de medicamentos sob prescrição.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	04
2	PROBLEMA .....	06
3.	JUSTIFICATIVA .....	07
4.	OBJETIVOS .....	08
4.1	OBJETIVO GERAL.....	08
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	08
5.	REVISÃO DA LITERATURA.....	09
6	METODOLOGIA.....	11
7.	CRONOGRAMA .....	12
8.	RECURSOS .....	13
8.1	RECURSOS MATERIAS .....	13
8.2	RECURSOS HUMANOS .....	13
9.	RESULTADOS ESPERADOS .....	14
10.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16

## 1. INTRODUÇÃO

A estratégia de saúde de família de Três Vendas está localizada na região rural norte de Cachoeira Do Sul, existindo há cerca de 13 anos. Atende a uma população de aproximadamente 2000 pessoas. Como constatado até mesmo pela própria comunidade em grupos de promoção de saúde realizados na região, o maior problema de saúde em prevalência na região, atrás apenas da hipertensão arterial sistêmica, são os transtornos de ansiedade/depressão.

Em análise estatística dos últimos 5 meses de trabalho na região, cerca de 15-20% dos atendimentos realizados na unidade foram de pessoas em uso de antidepressivos e/ou ansiolíticos de longa data de renovação de prescrições, segundo uma rápida pesquisa quanto aos registros de consultas em saúde mental registrados no E-SUS. Apesar dos esforços para a desprescrição de medicações inadequadamente utilizadas, muitas das vezes houve a ocorrência da síndrome de descontinuação de antidepressivos de difícil manejo.

Pode-se atribuir essa dificuldade ao fato de grande parte dos atendimentos, se não a imensa maioria deles, terem ocorrido por motivos diversos àqueles relacionados a saúde mental e, apenas ao fim da consulta, geralmente, ter sido solicitado a renovação de receituário para medicação antidepressiva de uso prévio, não havendo tempo hábil para averiguar a situação atual de saúde emocional/mental do paciente sem comprometer o tempo de atendimento de outros pacientes também em necessidade de atendimento.

Outro agravante é a prevalência do uso destas medicações em meio a comunidade, sendo amplamente difundido o seu uso pelos próprios pacientes entre si, criando-se uma “cultura” quanto ao uso de terapia farmacológica para as condições de ansiedade, existindo pacientes em sub-doses por se auto medicarem com fármacos de vizinhos ou até mesmo sem necessidade de uso, porém em uso indiscriminado atualmente.

Entendendo-se que

Nos climas pós-modernos atuais, em que se destaca o imediatismo, a busca de soluções rápidas, as descargas instintivas, o predomínio de imagens sobre a imaginação, a super valorização da aparência e do consumo e as patologias do vazio e da gratificação imediata, não estão em alta os tratamentos psicológicos prolongados e dirigidos ao insight emocional. (DUNCAN, 2013, p.856)

E também que

Os transtornos de ansiedade geram alto custo social, uma vez que esses pacientes utilizam muito mais os serviços de saúde em função de suas queixas somáticas, apresentam diminuição da produtividade em casa e no trabalho e mostram altas taxas de dependência financeira. (DUNCAN, 2013, p.856)

Pode-se inferir o desafio árduo, porém necessário, que tornam-se estratégias efetivas para a redução do uso de medicações antidepressivas em uso inadequado pela população e inclusive a estimulação de medidas não-farmacológicas para transtornos depressivos e/ou de ansiedade.



## **2. PROBLEMA**

Pacientes com dificuldades ou sem interesse em abandonar uso de medicações antidepressivas/ansiolíticas inadequadamente prescritas, em uso continuado, ou sem providência de conscientização adequada e efetiva pelos serviços públicos de APS.

### **3. JUSTIFICATIVA**

Devido à elevação de gastos públicos ocasionado por pacientes com quadros psiquiátricos de ansiedade/depressão mal manejados e a falha na descontinuação destas medicações, mesmo quando do desejo do paciente, por síndrome de descontinuação, é necessária uma intervenção para a mudança deste quadro inadequadamente originado e instalado na comunidade.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Elaborar plano de ação para treinar e habilitar a equipe de saúde local e capacita-la para a desprescrição de ansiolíticos em uso inadequado.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar os pacientes com maior dificuldade e causas dessas limitações.
- Desconstruir cultura imediatista e de uso de terapias farmacológicas indiscriminadamente.
- Reforçar a importância da aderência aos tratamentos adequados sejam eles farmacológicos ou não, e tornar isto viável.
- Gerar bem estar na comunidade e diminuir incidência de efeitos colaterais proporcionados por medicações inadequadamente utilizadas.

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

Pacientes que descontinuem suas medicações antidepressivas após um curso terapêutico (em especial aqueles acima de 3-5 semanas) estão em risco para sintomas de descontinuação, especialmente se eles não iniciaram outra droga com similar perfil farmacodinâmico (FAVA, 2006; WARNER 2006).

A parada abrupta ou inadequada (escalonamento inadequado) geralmente causa efeitos colaterais que podem levar o paciente ao insucesso da descontinuação de antidepressivos. A constelação de sintomas de descontinuação, por vezes chamado de “síndrome de descontinuação”, são melhores caracterizados em pacientes que param abruptamente com inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) (WARNER, 2006).

Os mais comuns sintomas de descontinuação incluem: tonturas, fadiga, cefaléia, náuseas, agitação, ansiedade, calafrios, diaforese, disforia, insônia, irritabilidade, mialgias, parestesias, entre outros (FAVA, 2015).

Pacientes eutímicos que param abruptamente com seus antidepressivos ou inadequadamente também estão em risco de sofrerem de sintomas depressivos em adição aos sintomas de descontinuação, com aumento até mesmo de ideação suicida em alguns estudos (MICHELSON, 2000; TINT, 2008).

Os sintomas também podem variar dependendo da medicação em específico a ser descontinuada de acordo com a meia-vida / eliminação da droga. Por exemplo a Fluoxetina apresenta risco menor dentro os ISRS, sendo a Sertralina 10 vezes mais propensa a causar sintomas e a Paroxetina 100 vezes mais que a Fluoxetina (JUDGE, 2002).

Ao mesmo tempo pode ser difícil distinguir sintomas de descontinuação com relapso da depressão pelo fato de alguns sintomas serem os mesmos como disforia, fadiga e insônia. Porém o manejo adequado da descontinuação e a resolução do quadro em alguns dias de reinício da medicação falam mais a favor de síndrome de descontinuação (ROSENBAUM, 1998).

A educação dos pacientes sobre o potencial e natureza dos sintomas já citados envolvidos na síndrome discutida pode prevenir que os mesmos parem com suas

medicações de maneira inadequada ou abrupta, diminuindo também a ansiedade caso estes ocorram. A maneira correta para a descontinuação dependerá do tempo de uso das mesmas (WORLD FEDERATION OF SOCIETIES OF BIOLOGICAL PSYCHIATRY, 2013).

Visto que nas unidades básicas de saúde abordaremos estes pacientes em situações em grande parte não relacionadas a urgência/emergência, este projeto de intervenção visa adotar as estratégias mais conservadoras possíveis quanto a sua abordagem.

## 6. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção. Todos os pacientes que estiverem em uso de medicações antidepressivas por um período maior que 12 semanas e estejam eutímicos, terão uma tentativa de descontinuação de suas medicações sendo encaminhadas para a agenda de manejo de síndrome de descontinuação de antidepressivos (1 turno por semana) para aporte psicológico e encaminhamento para referência psiquiátrica e psicológica do município caso haja sinais de agravamento de condição de saúde mental.

- Organização e serviço:

Será solicitado a Secretária de Saúde Municipal a contratação de um profissional psicólogo para atender em conjunto no turno destinado a descontinuação de medicações antidepressivas.

Além disso, será aplicado para todos os pacientes com consultas agendadas questionário quanto ao uso de medicações antidepressivas, contemplando o tempo de tratamento atual, o uso prévio de outras medicações e se já houveram tentativas de descontinuação prévias, sejam por conta do paciente ou em serviço médico.

Haverá acompanhamento dos pacientes em descontinuação por meio de grupo de promoção e prevenção em saúde mental.

Consultas de renovação de receitas de controle especial serão convertidas em consultas médicas para averiguar uso da medicação pelo paciente em questão ou por terceiros.

- Execução das ações:

A partir de junho será aberta a agenda de descontinuação para pacientes que preenchem critérios (para o grupo de promoção em saúde mental, consultas médicas e consultas com profissional psicólogo, se disponível).

- Monitoramento:

Será mantido monitoramento semanal com pacientes acompanhados pela agenda da descontinuação e mantido diálogo com serviço de aporte psicológico.

## 7. CRONOGRAMA

MESES	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET
	2017	2017	2017	2017	2017
PROPOSTA					
Diagnóstico do problema	X				
Revisão da literatura	X				
Apresentação do projeto de intervenção à equipe	X				
Elaboração da estratégia de intervenção		X			
Abertura de agenda		X			
Realização das consultas de apoio			X	X	X
Avaliação da intervenção pela equipe					X

## **8. RECURSOS NECESSÁRIOS.**

### **8.1 Recursos Materiais**

- Computador
- Relação de dados dos pacientes em uso de antidepressivos
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades
- Canetas
- Impressora

### **8.2 Recursos Humanos**

- Profissionais: Médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, ACS, Nutricionista
- Pacientes em uso de antidepressivos.



## **9. RESULTADOS ESPERADOS**

Esperamos que o projeto contribua para a melhoria da saúde da população-alvo e de suas famílias, tendo por guia uma visão menos medicamentosa do tratamento de distúrbios de depressão ou de sua prevenção, abordando a problemática com maior atenção e enfoque nos recursos humanos.

Ainda desejamos que este trabalho possa servir de apoio para novas tentativas de descontinuação da prescrição indiscriminada de antidepressivos em outras unidades de atendimento do município, podendo dar início a algum trabalho de caráter municipal, melhorando também o aporte das unidades básicas para estas questões, evitando o excesso de encaminhamentos para os centros especializados.

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do projeto de intervenção permitiu à equipe um grande aprendizado com relação a organização de uma agenda de aporte específico psicológico e as dificuldades que temos para alcançar metas em melhoria da saúde mental de nossa população. Constatamos um déficit muito grande de aporte municipal psicológico/psiquiátrico, não sendo possível a disposição de uma agenda para pacientes de descontinuação de antidepressivos e aporte psicológico no CAPS ou por qualquer outro profissional psicólogo/psiquiatra pela falta destes profissionais no sistema público do município.

Além disso, por ser uma unidade rural, o agendamento tornou-se difícil, muitas vezes a linha telefônica não funcionando para marcar ou desmarcar consultas. Estabelecida a agenda muitos pacientes vieram nas primeiras consultas mas por falha na descontinuação deixaram de vir sem aviso prévio.

Apesar das dificuldades foi possível montar um grupo considerável de pacientes em acompanhamento semanal contínuo (16 pacientes) nos quais aplicavam-se os critérios de descontinuação previstos na metodologia, dos quais 6 pacientes conseguiram descontinuar a medicação antidepressiva e outros 2 continuam em processo de descontinuação (por peculiaridades de dosagem da medicação utilizada e perfil farmacológico).

Evidenciou-se fundamental o papel dos profissionais da equipe em dedicar atenção especial a estes pacientes para o sucesso da descontinuação das medicações. Também a motivação dos pacientes em tomar uma abordagem diferente perante o uso de suas medicações e os possíveis fatores desencadeantes de seus transtornos depressivos prévios.

Concluimos que apesar das imensas dificuldades e dos abismos para transpormos as deficiências da saúde pública, vale a pena a abordagem diferenciada de pacientes com transtornos psiquiátricos depressivos, tornando-se libertador a experiência para pessoas que não só puderam deixar de usar medicações de uso contínuo de longa data mas conseguiram abordar seus problemas de forma diferente e com a consciência de que há profissionais que podem as ajudar a lidar com eles.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUER M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Möller HJ, World Federation of Societies of Biological Psychiatry. Task Force on Unipolar Depressive Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. World J Biol Psychiatry. 2013 Jul;14(5):334-85. Epub 2013 Jul 3.

DUNCAN B.B., SCHMIDT M.I., GIULIANI E.R.J. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FAVA GA, Gatti A, Belaise C, Guidi J, Offidani E. Discontinuation: A Systematic Review. Psychother Psychosom. 2015 Feb;84(2):72-81. Epub 2015 Feb 21.

FAVA M. Prospective studies of adverse events related to antidepressant discontinuation. J Clin Psychiatry. 2006; 67 Suppl 4:14.

FLECK, Marcelo P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2009, vol.31, suppl.1, pp.S7-S17. ISSN 1516-4446

JUDGE R, Parry MG, Quail D, Jacobson JG. Discontinuation symptoms: comparison of brief interruption in fluoxetine and paroxetine treatment. Int Clin Psychopharmacol. 2002;17(5):217.

MICHELSON D, Fava M, Amsterdam J, Apter J, Lønborg P, Tamura R, Tepner RG. Interruption of selective serotonin reuptake inhibitor treatment. Double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2000; 176:363.

ROSENBAUM JF, Fava M, Hoog SL, Ascroft RC, Krebs WB. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomized clinical trial. *Biol Psychiatry*. 1998;44(2):77.

TINT A, Haddad PM, Anderson IM. The effect of rate of antidepressant tapering on the incidence of discontinuation symptoms: a randomised study. *J Psychopharmacol*. 2008; 22(3):330.

WARNER CH, Bobo W, Warner C, Reid S, Rachal J. Antidepressant discontinuation syndrome. *Am Fam Physician*. 2006; 74(3):449. Withdrawal Symptoms after Selective Serotonin Reuptake Inhibitor

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Summary report: Prevention of mental disorders - effective interventions and policy options. Geneva: World Health Organization; 2004.