



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

EDUARDO CESAR DUA

INTERVENÇÕES PARA O USO RACIONAL DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO  
BÁSICA

SÃO PAULO  
2020

EDUARDO CESAR DUA

INTERVENÇÕES PARA O USO RACIONAL DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO  
BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: VALERIA CALIL ABRAO SALOMAO

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

Dentre os vários desafios encontrados em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, torna-se fundamental um contato direto para vivência e conhecimento dos principais problemas carentes que apresentam necessidade de intervenção. Frente a isso e levando em conta a realidade da unidade de saúde da família Palmeiras e Região do município de Boa Esperança do Sul - SP, encaro a questão do uso excessivo de psicofármacos uma situação que demanda avaliação e um cuidado breve por parte dos profissionais da saúde. Vários casos de pacientes com uso de medicações psicotrópicas sem o devido seguimento e por vezes sem a correta indicação comparecem a unidade todos os meses. O seu uso abusivo, principalmente de benzodiazepínicos e antidepressivos, é notório e torna-se necessária uma criteriosa avaliação para determinar um manejo na intenção de reduzir o uso destes medicamentos, além de impor parâmetros científicos apropriados tanto na hora de sua prescrição, quanto na hora do seu desmame.

Assim, dentro da realidade da unidade de saúde em questão, serão aplicadas ideias e ações consistentes para alcançar um adequado controle na utilização de medicações psicotrópicas. Consequentemente, existe também a ideia de proporcionar uma melhor atuação da unidade frente a casos relativos a saúde mental do usuário, abolindo a ideia de medicalização como principal meio terapêutico.

## **Palavra-chave**

Uso Indevido de Medicamentos sob Prescrição. Uso Indevido de Medicamentos. Suspensão de Tratamento. Saúde Mental. Psicotrópicos. Consumo Abusivo de Medicamentos Controlados. Antidepressivos. Ansiolíticos.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

A atuação em uma unidade que engloba a estratégia de saúde da família (ESF) exige do profissional médico uma visão geral e ampla das várias áreas da medicina. Inúmeras patologias, complexidades e solicitações são apresentadas em um único dia de atendimentos.

Frente a este fator, às vezes não se faz tão simples assim escolher um tema de abordagem capaz de impactar uma população de forma eficaz e positiva. Porém, ao analisar melhor, mais profundamente a situação da população adscrita de um território específico e passar um tempo observando suas principais solicitações, queixas e padrões de consulta, a resposta surge de maneira fugaz.

O uso indiscriminado de psicofármacos (ou psicotrópicos, termos que usarei de forma intercambiável) é algo presente e muito abordado pela população da ESF em que atuo. Desde as primeiras semanas no local consegui observar uma determinada peculiaridade no uso desta classe medicamentosa, pois é utilizada várias vezes de modo irracional e também banalizado. Pode-se perceber que os pacientes confundem o termo ansiedade com transtornos de ansiedade, confundem tristeza com depressão e acredito que alguns colegas profissionais absorveram estas tendências para prescrições sem critérios, principalmente de benzodiazepínicos e antidepressivos, temas centrais da discussão.

É válido ressaltar que neste trabalho abordarei dois tipos de psicotrópicos, os benzodiazepínicos e antidepressivos, classes medicamentosas muito utilizadas para tratamento de condições como insônia, depressão e transtornos de ansiedade. Não serão abordados demais psicofármacos (anticonvulsivantes, antipsicóticos, estabilizadores do humor e outros), pois não são alvo dentro do contexto de abuso de prescrições na unidade em consideração. Além disso, estas últimas medicações citadas geralmente necessitam de critérios mais rigorosos e são usadas para doenças mais graves, como esquizofrenia e bipolaridade, as quais por vezes acabam fugindo do escopo da atenção básica.

É habitual no dia a dia da unidade observar como queixa principal a seguinte afirmação: “preciso de um remédio para ansiedade”, porém ao aplicar critérios diagnósticos torna-se claro que o paciente não sofre de uma condição patológica. Vários usuários ao serem abordados sobre o motivo pelo qual iniciaram um antidepressivo possuem em seu relato falta de evidências claras para início de medicações. Alguns pacientes inclusive ficam meses sem usá-las e depois chegam à unidade tendo retomado a terapia em outro local, sem qualquer ajuste.

O abuso de tranquilizantes torna-se comum, pois os pacientes aprendem a usá-los para evitar o desenvolvimento da ansiedade não patológica, lançam mão deles na intenção de fugir dos fatores estressores. Essa preferência da pílula ao invés de procurar o enfrentamento de seus problemas pessoais leva a um círculo vicioso, as pessoas acabam por não mais saber como se comportar frente a situações de medo, ansiedade ou tristeza. É muito corriqueiro os pacientes indicarem para seus vizinhos e familiares as drogas para estes mesmos propósitos.

Outra questão com relevância tão forte quanto o uso indiscriminado das medicações é a reavaliação correta dos usuários de psicofármacos e seu manejo. Muitos pacientes fazem uso

dos fármacos há anos e nunca foram abordados para tentativa de retirada, outros os veem como um tabu, acreditando que uma vez iniciados nunca mais poderão ficar sem eles.

Já é bem estabelecido pela literatura que condições como transtornos de ansiedade e depressão devem manter seguimento adequado e dentro de suas reabordagens é de boa significância avaliar tentativas para retirada das medicações, uma alternativa válida principalmente em pacientes estáveis há anos.

Pensar sobre critérios rigorosos de prescrição e sobre uma adequada reavaliação dos usuários de psicofármacos é necessário e de extrema importância, pois as medicações citadas não são isentas de efeitos colaterais, tendência de abuso ou dependência. Vale lembrar que o uso incorreto, além de atingir os pacientes, também atinge o sistema público de saúde, sofrendo com gastos excessivos e injustificados pelas medicações e múltiplas consultas desnecessárias. A demanda exacerbada por renovação de prescrições é um reflexo disso, gerando longas filas de espera para tal.

Essa sinergia (vários casos com uso incorreto de medicação mais a falta de reavaliação regular) promove o uso indiscriminado dos psicofármacos, tornando fundamental, principalmente dentro de minha realidade, iniciar um trabalho para manejo na retirada de medicações de ação psicotrópica em pacientes que possuem indicações formais para sua suspensão. Usar critérios rigorosos no desmame e um posterior acompanhamento regular deles também deve estar presente no plano de manejo.

Enfim, torno o tema “Intervenções para o uso racional de psicotrópicos na atenção básica” elegível para meu “projeto de saúde no território”, primeiramente pelas questões já explicadas no decorrer da introdução e também pelo motivo da grande quantidade de pacientes em situação relacionada.

## ESTUDO DA LITERATURA

Os medicamentos classificados como psicotrópicos são substâncias usadas para tratamento das mais variadas doenças mentais e agem em nível de sistema nervoso central (SNC) produzindo uma gama de alterações, principalmente relacionadas com o comportamento, humor e cognição.

Os principais utilizados na atualidade são classificados em: antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos, antipsicóticos ou neurolépticos, estabilizadores do humor e potencializadores de cognição, entre outros. A sua utilização está intimamente relacionada com cada diagnóstico e sendo a psiquiatria uma área que utiliza parâmetros subjetivos para classificação de suas patologias, é de suma importância a utilização de critérios bem estabelecidos e uma análise mais detalhada antes de iniciar uma medicação de tal caráter para os pacientes. Vale lembrar que para algumas condições apenas a conduta expectante e aproximação com o paciente já é o bastante. Porém, em outras condições o uso do psicotrópico é um pilar fundamental dentro do tratamento.

Em termos de utilização populacional, podemos dizer que desde os anos 50 foi impactante a disseminação destas drogas no dia a dia dos médicos e suas prescrições. Desde sua introdução os psicofármacos sofreram atualizações e cresceram gradativamente no número de drogas, classes de medicações e em modernizações, provocando uma mudança radical no panorama geral dentro do campo da saúde mental e da psiquiatria de outrora. Este é um fator de extrema importância, pois reduz internações psiquiátricas e admissões de pacientes de saúde mental em serviços de urgência e emergência, além é claro, de proporcionar uma melhor qualidade de vida e controle para aqueles que sofrem com condições mentais.

### MEDICAÇÕES COM USO MAIS COMUM NA ROTINA DE TRABALHO

A seguir há uma breve e sucinta explicação sobre as três classes farmacológicas abordadas neste trabalho, para tornar mais explícito seus principais usos e efeitos colaterais, assim como também dar clareza para a questão da dificuldade de sua retirada.

1 - Os benzodiazepínicos (BZDs): são medicações com vários representantes e foram lançados no início dos anos 60. Os de principal uso na prática clínica da unidade de saúde são diazepam, clonazepam e alprazolam. Com propriedades semelhantes, eles produzem efeitos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos. Atuam ainda causando relaxamento muscular e têm ação anticonvulsivante.

No passado, antes do advento dos antidepressivos, eram medicações muito utilizadas para tratamento de transtornos de ansiedade. Hoje tem indicações mais restritas, sendo as principais o alívio agudo da ansiedade grave e incapacitante (pânico), tratamento da insônia (por tempo limitado), *delirium tremens*, crises convulsivas e na pré-anestesia, por exemplo.

Sobre efeitos colaterais, os mais prejudiciais, principalmente no âmbito da atenção básica, são: prejuízo cognitivo, falta de concentração, alterações de memória e atenção, diminuição de coordenação e reflexos, risco de acidentes e quedas (maior em idosos, associado à fratura de colo de fêmur). Promovem tolerabilidade, abuso e dependência, os principais obstáculos na retirada, levando a abstinência ou uma síndrome de retirada / descontinuação caso realizada sem os devidos cuidados.

Suscintamente falando, seu mecanismo de ação está presente na atuação da medicação sobre os receptores gabaérgicos. Estes receptores respondem ao neurotransmissor inibitório GABA e os BZDs potencializam tal interação, permitindo uma diminuição da excitabilidade dos neurônios.

2 - Os antidepressivos: os primeiros a serem lançados são os da classe dos tricíclicos e vieram logo no final dos anos 50 e ao decorrer dos anos de 1960. Possuem muitos efeitos adversos e menor tolerabilidade em relação aos antidepressivos mais modernos (como exemplo os Inibidores seletivos da receptação de serotonina - ISRS e inibidores da receptação de serotonina e noradrenalina - IRSN), os quais por terem mecanismo de ação mais específico acabam por ter uma maior aceitação e menor perfil de desenvolvimento de efeitos adversos. Por tal razão, estes últimos vem sendo amplamente utilizados no lugar dos tricíclicos.

2.2 - Antidepressivos tricíclicos: são considerados em casos de depressões graves, pois a maioria tem longa ação e são convertidos em metabólitos ativos nas suas fases de degradação. Considerados quando em quadros depressivos associados a distúrbios do sono, fibromialgia e também para dores neuropáticas.

Tem como representantes largamente utilizados na unidade a amitriptilina e nortriptilina. Atuam bloqueando receptação da norepinefrina e serotonina. Porém, possuem efeitos sobre outros receptores não desejáveis, resultando em sua ampla gama de efeitos colaterais. Válido lembrar que suas doses terapêuticas para depressão devem ser usadas com cautela em idosos, cardiopatas e debilitados, além de várias outras condições médicas não explicitadas aqui.

É importante salientar que por serem medicações mais antigas, tem seu uso em uma escala bem menor que os antidepressivos mais modernos (explicados adiante) e que os benzodiazepínicos, tanto em relação a uso indiscriminado, quanto ao abuso.

2.3 - Inibidores seletivos da receptação de serotonina (ISRS) e Inibidores da receptação de serotonina e noradrenalina (IRSN): como seus respectivos nomes já dizem, possuem como mecanismo principal de ação a inibição de receptação pelo neurônio pré-sináptico dos neurotransmissores dispostos na fenda neural, produzindo uma maior disponibilidade dos elementos químicos para o neurônio pós-sináptico. Junto com os benzodiazepínicos, constituem a grande parcela de medicações que devem ter seu uso racionalizado na unidade de saúde, mais especificamente os ISRS em minha realidade diária. Produzidos principalmente do início dos anos 1990 em diante, tem ação mais específica, sendo assim medicações mais bem aceitas e toleradas pelos pacientes devido ao menor perfil no desenvolvimento de efeitos adversos. São largamente utilizadas atualmente.

Têm em sua indicação de uso formal os vários transtornos de ansiedade e quadros depressivos. Mesmo tendo um perfil de uso mais seguro, não são medicações isentas de efeitos indesejáveis e estão sujeitas a síndrome de abstinência ao serem usadas incorretamente ou no momento de sua retirada.

Dentre seus efeitos colaterais, os mais comuns são desconforto gastrointestinal (náuseas, vômitos, diarreia), cefaleia, diminuição do apetite, diminuição da libido e impotência sexual, insônia e nervosismo.

## VISÃO GERAL SOBRE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM UMA ESF

Tendo explicado com brevidade sobre os principais psicofármacos relacionado ao atual trabalho, agora é necessária uma apresentação de dados para embasar a fundamentação na hora da prescrição medicamentosa e poder dissertar sobre o uso indiscriminado de psicotrópicos.

Ao avaliar pacientes com queixas mentais, observamos estudos nacionais demonstrando que cerca de 50% dos usuários de unidades de atenção à saúde da família apresentam quadros relativos a transtornos mentais comuns, a forma mais observada de sofrimento emocional da população. Os transtornos mentais comuns abrangem sintomas mistos depressivos e ansiosos, frequentemente decorrentes de condições e problemas psicossociais. Porém, eles são menos pronunciados e com menor gravidade do que transtornos ansiosos e depressivos com características bem definidas e àqueles atendidos em serviços especializados. Em média, 35% dos pacientes podem evoluir para intensidade maior de sintomas, sendo então classificados para transtornos mentais específicos. Outros 20 a 30% acabam por apresentar uma remissão espontânea e melhora do quadro, apenas ao serem apoiados ou terem um diálogo mais próximo com a equipe de saúde, individualmente ou em grupo (GONÇALVES et al., 2014). Este último fator nos mostra a primeira evidência na importância de não optar pela opção farmacológica sempre como a primeira alternativa.

Assim, a decisão de utilizar um determinado psicofármaco ou qualquer medicamento dentro da medicina atual, depende de uma avaliação criteriosa e do correto diagnóstico do paciente. Como confirmado pela comunidade científica e já mencionado neste trabalho, para muitos transtornos as drogas de saúde mental são pilar fundamental no tratamento, já em outras condições como transtornos de personalidade, fobias específicas, quadros depressivos leves e problemas situacionais, podemos lançar mão de alternativas para promover aproximação do paciente com a equipe, apoio ou psicoterapia.

### TEMPO RELATIVO DE USO DA MEDICAÇÃO

Uma vez selecionada a medicação, segundo sua indicação, instituímos o tratamento. Vários aspectos são levados em conta, desde a gravidade da patologia tratada até a tolerabilidade do paciente. Após a remissão do episódio agudo deve-se tratar o paciente por mais algum tempo, mantendo-o em manutenção com o intuito de prevenir recaídas. Seguindo o acompanhamento e depois de um tempo assintomático é feita a tentativa de desmame da droga.

Vários quesitos aqui são importantíssimos e serão levados em conta durante o aconselhamento ou não no manejo dos desmames. Por exemplo, a remissão dos sintomas deve ser completa e bem sólida, se o paciente revelar insegurança ou sintomas residuais (fatores preditores de recaídas) podemos prolongar o uso da medicação. Outros fatores como recorrências, gravidade na primeira ocorrência, episódios de difícil manejo e outras comorbidades psiquiátricas devem ser observadas com cautela.

Especificamente falando sobre a depressão, há divergências sobre quanto tempo deve-se manter a terapia para manutenção após remissão dos sintomas de um primeiro episódio depressivo, em média as principais recomendações de duração são entre 6 a 18 meses. Como dito, muitas considerações são avaliadas para definir o tempo, sendo que os fatores de



risco predizem maior duração de uso do psicofármaco. Já em relação ao tempo de uso de medicações para fins de tratamento em distúrbios de ansiedade considera-se um tempo maior para tentar interromper a terapia medicamentosa, usando como parâmetro no mínimo 12 meses. Pois dado a taxa de cronicidade e recorrência destas condições, geralmente demandam tratamentos mais extensos.

Um ponto importante para correlacionar com a abordagem de retirada na unidade de saúde em questão é o de que muitos antidepressivos foram prescritos para episódios leves e até para tristezas situacionais, ou seja, muitos dos usuários não apresentam fatores de risco para recaída ou para manutenção de terapia a longo prazo. Vários pacientes em remissão completa usam as medicações há mais de 5 anos sem nenhuma tentativa de desmame. Considerando fatores como estes, concluímos que a estabilidade e segurança no momento de retirara serão maiores.

Sobre os benzodiazepínicos, seu principal uso na unidade é feito para distúrbios do sono. Com indicação por curtos períodos (de até 4 semanas em média) para esse fim, a falta de acompanhamento rigoroso e criterioso leva ao seu consumo de forma crônica e abusiva. Vale ressaltar que após poucas semanas o indivíduo gera tolerância à medicação, porém seus efeitos colaterais podem continuar existindo. O paciente então não consegue mais ficar sem a droga e quando feita tentativa de interromper seu uso acaba sofrendo sintomas de retirada (explicados adiante), onde um dos principais é a insônia, sintoma que o usuário atribui à falta da medicação, voltando a solicitar novas prescrições e assim refletindo em seu uso contínuo.

#### SÍNDROME DE RETIRADA OU DESCONTINUAÇÃO

O uso de medicações psicotrópicas, especialmente quando utilizadas por longo tempo, acaba por levar a quadros de dependência e a uma síndrome chamada de síndrome de retirada (ou de descontinuação) quando suspensas sem um correto manejo para tal. Dentro desta síndrome os pacientes podem experimentar sintomas como: ansiedade, insônia, nervosismo, inquietude, tonturas, fadiga, cefaleia, agitação, irritabilidade, taquicardia e em casos mais graves até quadros de convulsões, confusões e alucinações (se suspensão abrupta de medicação em altas doses). A ocorrência de sintomas de descontinuação varia amplamente e são dependentes de vários fatores, como tempo de uso da medicação, modo de retirada, assistência em seu desmame e também ao perfil biológico do usuário (VARGAS, 1998). Os sintomas ocorrem entre 1 e 4 dias em média após a suspensão rápida da medicação e podem durar entre 1 a 3 semanas, são sintomas angustiantes e prejudiciais para o desenvolvimento e funcionamento de quem passa por eles.

É importante lembrar que pacientes sob adequado controle de suas morbidades psiquiátricas ao interromperem o tratamento de maneira abrupta estarão sob risco mais elevado de recorrência de seus sintomas depressivos ou ansiosos.

Por tal fator, a descontinuação destas medicações não deve ser abrupta e muito menos sem assistência e seguimento médico. Isso justifica a atenção que os pacientes devem levar neste processo e para prevenir a síndrome ou sintomas correlatos devemos retirar as medicações de forma gradual, em um desmame assistido (RICKELS et al., 1999).

Por tais evidências torna-se obrigatório o acompanhamento regular no momento da suspensão da droga, observar evolução de sintomas, aceitação do paciente e seu estado

diante a retirada é fundamental. O seguimento após a retirada completa e em longo prazo também é de suma importância, pois observa se a remissão persiste ou se há recorrência da patologia pela qual o paciente tratava.

## DESMAME DAS MEDICAÇÕES

Após levar em consideração toda a contextualização do problema explanada até o momento, vamos abordar, segundo a literatura, como devemos proceder na retirada gradual (desmame) das medicações, evitando reflexos negativos da ausência da ação das medicações durante este período.

1 - Benzodiazepínicos: A principal indicação determina a retirada gradual de 1/4 (25%) da dose da medicação a cada semana. Sendo que ao final do manejo o desmame deve ser ainda mais lento, diminuindo 12,5% da dosagem a cada semana ou então utilizá-la em dias alternados. Durante o processo, principalmente para o uso relativo a quadros de insônia, devemos informar ao paciente sobre uma adequada higiene do sono. Caso o paciente estiver com muita dificuldade na retirada, por mais lenta que seja, também há a alternativa da terapia comportamental com enfoque em temas sobre sono, sua restrição, controle de estímulos, instrução sobre exercícios físicos e alimentação, além é claro do suporte ao período.

Por exemplo, paciente toma 1 comprimido de clonazepam de 2mg pela noite. Indicar cortar o comprimido em 4 partes iguais e pelos próximos 7 dias tomar 3 partes pela noite, diminuindo para 2 partes na próxima semana e 1 parte na subsequente. Na quarta semana o paciente poderia suspender o uso ou intercalar os dias de uso de 1/4 da medicação. Obviamente que toda abordagem depende de vários fatores relacionados ao paciente, sendo indicado maior número de semanas se necessário para desmame.

Outra alternativa que pode diminuir os sintomas de retirada seria a substituição de uma medicação de meia-vida curta por uma de meia-vida longa (tempo de ação do efeito farmacológico), diminuindo assim os efeitos da sua ausência. Mesmo sendo bastante utilizada, existem evidências que não falam a favor desta troca.

Também temos a opção de trocar os comprimidos pela mesma medicação em forma de gotas. É defendido que o desmame seria mais gradual e mais fácil que cortar os comprimidos. Porém, devemos optar por essa alternativa em pacientes muito bem orientados, pois a opção por gotas torna mais fácil o seu abuso.

Nas reavaliações do processo de retirada dos BZDs espera-se uma melhora cognitiva, dos reflexos e mais disposição, diminuindo risco de acidentes. Neste período é imprescindível atentar a recaídas, considerando então um plano de ação mais longo no caminho do desmame e mantendo por mais tempo a última dose em que o paciente permaneceu estável.

2 - Antidepressivos: assim como os medicamentos da classe anterior, o fundamento no processo de retirada dos antidepressivos é a educação do paciente e seu entendimento sobre o processo. A redução gradual também é aplicada nestes tipos de drogas.

Pacientes com uso de medicação por mais de 3 semanas exigem descontinuação de forma lenta, em um período de até 4 semanas. Aqui também é importante deixar claro que este não é um parâmetro fixo e sua velocidade de retirada depende da clínica, tolerância e

resposta do paciente. Outro fator importante a ser levado em conta é a meia vida das medicações, aquelas de longa duração tem perfil mais favorável ao desmame (fluoxetina, por exemplo) e as de curta duração (Paroxetina) são mais difíceis ao manejo. Este fator se deve à quantidade de droga circulante no organismo, sendo que sua rápida eliminação leva a mais sintomas de abstinência.

Igualmente como explicitado com os benzodiazepínicos, a intenção é cortar o comprimido em 4 partes e iniciar o processo da mesma maneira.

Nos antidepressivos de curta meia vida e também para pacientes que estão tendo dificuldades no desmame, pode-se optar pela introdução da fluoxetina no momento final da retirada da medicação. Por ela ser de maior meia-vida e com efeito semelhante, tende a proporcionar uma melhora nos sintomas de descontinuação. A formulação líquida da fluoxetina é um caminho interessante em pacientes com este perfil.

Caso surgirem sintomas leves e toleráveis, sem grande impacto na vida do paciente, seguir o processo de retirada com apoio e observação. Se os sintomas forem de moderada a grave intensidade, prolongar a descontinuação para até 12 semanas. Porém, se os sintomas surgirem após a retirada total do medicamento, deve-se reintroduzir a mesma dosagem em que não havia sintomas e a redução irá ocorrer de modo mais gradual ainda.

Como já ressaltado, devemos sempre lembrar de contextualizar nosso cuidado, apesar de a literatura científica mencionar um determinado tratamento, para alguns pacientes pode ser aconselhável uma retirada mais lenta que a indicada. Vários fatores individuais dos pacientes estão intrínsecos a determinada abordagem na hora do seu desmame, desde situações como aceitação, entendimento do manejo, percepção de melhora e até o efeito placebo, situações estas que serão analisadas durante seu seguimento. Além disso, manter o acompanhamento do paciente por longo período é fundamental para observar se há retorno de sintomas patológicos.

## AÇÕES

Dentre várias opções de propostas para minimizar o uso indiscriminado de psicotrópicos, trouxe neste trabalho ações que acredito causarem um efeito potencializado quando usadas em conjunto. São elas: educação da equipe de profissionais da unidade de saúde, maior rigidez na hora da prescrição (usando os critérios diagnósticos de uma forma mais sólida), orientação sobre higiene mental para pacientes, realização de um protocolo interno da ESF para aqueles elegíveis à retirada, além de grupos para os pacientes em processo de desmame dos psicofármacos. É válido lembrar que todas estas ferramentas devem ser usadas com uma boa aproximação, de forma empática e amigável com o paciente, entendendo seus medos e anseios, desenrolando as ações de modo inteligível e cuidadoso, preceitos básicos da atenção primária.

### EDUCAÇÃO DA EQUIPE E PRECISÃO NA PRESCRIÇÃO

Orientar sobre limitações no uso de psicofármacos, embora seja uma questão um tanto quanto óbvia, é de grande validade para os funcionários. Conscientizar toda equipe de saúde para instrução aos usuários sobre a possibilidade de manejo para aqueles que já usam as medicações e para os que pensam em iniciar a droga sem um critério diagnóstico sólido torna-se um primeiro passo dentro das ações.

Em muitas ocasiões, principalmente em casos de estresse situacional do cotidiano, os pacientes procuram a unidade para consultas e ali é realizado o primeiro acolhimento em atendimento com a equipe de enfermagem. Não são raras às vezes em que os pacientes, após passagem com outros profissionais não médicos, entram em consulta médica com “diagnósticos” pré-estabelecidos de depressão e ansiedade, sendo orientados a buscar o médico para apenas prescrever a medicação. É fundamental reeducar e orientar a equipe para darem instruções corretas através de treinamentos sobre o assunto (envolvendo técnicos, enfermagem, dentistas e outros colaboradores da unidade). Assim, seria possível uma abordagem diferenciada no primeiro acolhimento, reconhecendo casos sem gravidade e também casos que demandam intervenção médica mais breve. Em minha equipe possuímos pessoas interessadas e também há um bom entrosamento, acredito que poucas reuniões para treinamento sobre tal questão já seria o suficiente para uma abordagem eficaz.

Tentar trocar experiências com os demais médicos que atuam na unidade pode ser uma boa ferramenta, explicar sobre o uso irracional das medicações, falar sobre eleição de possíveis candidatos a desmame, além de expor sobre os grupos de ajuda relacionados, pode levantar fortes considerações entre os colegas.

Nas consultas de saúde mental, abordar o paciente utilizando critérios bem estabelecidos e evitar renovação de prescrições sem uma avaliação mais cuidadosa (Por exemplo: este paciente usa benzodiazepínicos há quantos anos? Já foi feito desmame? Já lhe foi orientado sobre riscos e dependência ou como suspender a medicação? Ele sabe que provavelmente não precisa mais da medicação?). Isso não deve ser um tabu entre os colegas médicos, a necessidade de uso racional das drogas é uma realidade, assim como o seu abuso.

### GRUPOS DE HIGIENE MENTAL

Há a proposta de desenhar um grupo de saúde e higiene mental para população, visto que o problema maior (uso indiscriminado de psicofármacos) é decorrente de um problema

intermediário mal resolvido, geralmente reflexo da situação psicossocial da população adscrita.

Com uma abordagem acolhedora, simples e inteligível aos interlocutores, pode-se explicar sobre os transtornos mentais comuns, proporcionar apoio e mostrar que a equipe está sempre pronta para recebê-los. A questão do apoio, de mostrar as pessoas que a unidade se importa com elas e está disposta a ajudar com o possível, é sempre bem interessante. Isso entrega para a população uma sensação de segurança e amizade, o companheirismo tão importante em uma relação humana. No final das contas é essencial mostrar humanidade, contato e solidez nas relações. O indivíduo sabendo que tem um apoio e recebendo corretas instruções, sente-se mais seguro e confiante, tendo maiores ferramentas para enfrentar suas situações de estresse e períodos de ansiedade não patológica sem a necessidade de medicações.

Os grupos poderiam ser a cada 2 ou 3 meses, coletando pacientes para uma data previamente elaborada através do acolhimento, do contato com ACSs ou na própria consulta médica segundo alguma queixa. Podemos selecionar pacientes já usuários de psicofármacos para proporcionar uma maior aproximação com a unidade.

#### ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO PARA PACIENTES EM PROCESSO DE DESMAME

Manter um calendário de consultas com maior frequência aos pacientes em desmame promove uma maior adesão no seu manejo inicial, além de bons resultados em curto prazo. Por isso, o primeiro recurso necessário será um espaço na agenda médica em horários estratégicos para implementar este seguimento. Isso pode ser realizado junto com a secretaria do posto, discutindo separação de vagas de acordo com o progresso da intervenção deste projeto.

Inicialmente em consulta médica serão priorizadas questões como as seguintes, visto que elas norteiam a indicação de desmame e sua segurança:

- 1 - Identificar os psicofármacos e suas doses em uso pelo paciente, quais são os usuários com real necessidade de uso e quais não tem necessidade, fazendo uma anamnese detalhada de sua história / saúde mental (tentar observar quais foram as razões da prescrição).
- 2 - Pesquisar quanto tempo usa a devida medicação e tratamentos anteriores (caso tenham existido).
- 3 - Se já teve intenção de parar ou tentou parar por conta.
- 4 - Sua estabilidade e gravidade em relação à morbidade psiquiátrica, caso esta presente.
- 5 - Se já houve recorrência de episódios no passado.
- 6 - Se a razão da descontinuação é benéfica e trará melhor qualidade de vida ao paciente.
- 7 - Observar seu estado psicossocial, um grande fator disparador de transtornos mentais.

Explicar os riscos e benefícios, possibilidade de sintomas na retirada, o plano de desmame e

sua duração também faz parte da abordagem inicial.

Após eleito o paciente para desmame, abordadas as questões acima e explicado todo o manejo, este paciente automaticamente será encaminhado para o grupo de pacientes em processo de retirada e seu agente comunitário de saúde (ACS) responsável será notificado do processo. Nesta mesma consulta, caso aceitas as condições e orientações, poderá ser realizada a conduta para iniciar o desmame.

Após definido o início do desmame, o paciente terá nova consulta em uma ou duas semanas para reavaliação. Se no retorno estiver seguro e com adequado controle, outra avaliação será feita em duas semanas, tempo necessário a uma supervisão global da evolução do caso. Por fim, consultas em 1 mês e após 6 meses para avaliar recaídas e estado psiquiátrico. No caso de pacientes tratados pelo diagnóstico de depressão e transtornos de ansiedade acredito ser de boa intenção revisar sua evolução pelo menos a cada 12 meses se permanecerem estáveis e assintomáticos. É fundamental explicitar a todos os pacientes que o acesso à unidade pode ser feito quando necessário.

Este tempo de reavaliações e fluxo de acompanhamento durante o processo foi elaborado tendo como base evidências científicas de tempo médio para desmame medicamentoso aliado a padrões e ao contexto da unidade básica de saúde (UBS) em questão.

A seguir é apresentado um modelo mais objetivo para melhor entendimento e assimilação do fluxo geral relacionado ao desmame medicamentoso:

#### Protocolo geral de seguimento e acompanhamento do paciente em desmame:

- 1 - Primeira consulta: Iniciar desmame + orientações.
- 2 - Comunicar ACS responsável para registro do seguimento.
- 3 - Encaminhar paciente para grupo de pacientes em desmame e grupo de higiene mental (este último opcional).
- 4 - Segunda consulta (primeira reavaliação) em 7 ou 14 dias após a primeira consulta, escolhido o tempo de acordo com o perfil do paciente.
- 5 - Nova reavaliação em 2 semanas (após 21 ou 28 dias da data da primeira consulta, tempo variável de acordo com item 4).
- 6 - Consulta em 1 mês (51 ou 58 dias após início do manejo, tempo também dependente da segunda consulta).
- 7 - Avaliação após 6 meses da data do item 6.
- 8 - Considerar então avaliação anual por dois anos consecutivos.

Entretanto, uma questão crucial a entender é que não podemos colocar parâmetros fixos e engessados, mas sim adequados no geral e com possibilidade de ajustes, pois os pacientes em dificuldade de manejo poderão ter consultas menos espaçadas e demandar mais cuidado.

Caso acontecerem faltas ou hover algum evento desfavorável neste caminho, os agentes

estarão orientados a fazer busca ativa e apoio ao paciente, solicitando consulta ou visitas domiciliares se necessário. Os ACSs estarão orientados a fazer cadastro justamente para acompanhar a evolução e manutenção do paciente dentro do manejo inicial (primeiros 6 meses de tratamento).

#### GRUPOS PARA PACIENTES EM PROCESSO DE RETIRADA

A forma de grupos é uma alternativa muito bem vinda em unidades da saúde da família, pois consegue interagir vários pacientes ao mesmo tempo, com situações e condições semelhantes (público alvo selecionado), dando assim uma sensação de acolhimento e podendo estimular a interação entre os próprios pacientes para troca de experiências, levando a entenderem que não são únicos com determinado problema. Tendo isso em vista, um grupo para os pacientes em desmame é a última ação demonstrada neste trabalho.

Os pacientes que participarem do grupo serão estimulados a uma melhor aderência ao desmame e a evitarem recaídas. Ter uma reunião periódica na unidade para dar esse seguimento conjunto, além do individual, é uma forma adicional para proporcionar mais sucesso nos desmames em longo prazo. Ao passo que os pacientes estiverem já há um longo tempo sem uso das medicações, estes terão alta dos grupos e podem seguir apenas individualmente para reavaliações periódicas em consulta médica, como já mencionado no protocolo interno da unidade.

A periodicidade de grupos deve ser um fator individualizado dentro do contexto da unidade, preferencialmente devendo ser estipulada data do próximo encontro quando no momento da ocorrência do grupo. Inicialmente, reuniões bimensais seriam uma alternativa adequada (devemos lembrar que existem outras demandas na unidade), até mesmo porque no início do desmame os pacientes terão passagens em consulta médica de reavaliação (vide protocolo interno).

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Promover, através de parâmetros científicos, uma segura e cautelosa redução do uso de medicações com efeito psicotrópico (especificamente os benzodiazepínicos e antidepressivos) para a população adscrita da Unidade de Saúde da Família e Comunidade PSF Palmeiras e região de Boa Esperança do Sul - SP. Além disso, implantar medidas criteriosas para uso racional e fundamentado destas medicações, em conjunto com demais profissionais da unidade e de toda a população.

Acredito que assim podemos contemplar uma população para que seja mais saudável e sem efeitos não desejáveis do uso de medicações não necessárias, promovendo uma saúde e bem estar melhores. Também, ao eliminar o abuso e dependência, acabamos por promover um alívio com custos ao sistema único de saúde (gastos com os medicamentos e consultas, além das intercorrências devido ao uso incorreto deles) e as longas filas de espera para renovação de suas prescrições. Fator este importantíssimo para uma ESF que tem uma demanda elevada de pacientes.

Os idosos seriam um grupo muito importante dentro da abordagem, diminuindo o uso de benzodiazepínicos podemos diminuir risco de quedas, promover melhora da cognição e atenção. Os pacientes em uso de polifarmácia também terão benefício, pois usariam menos medicações. Não são raros os pacientes que solicitam desmame de psicotrópicos, como por exemplo, mulheres em idade fértil devido a intenção de gestar sem usar medicações.

Nos momentos de grupos podemos educar a população para que entenda os reais motivos que devem ser julgados na hora da prescrição de psicofármacos, tornando mais factível e menos banal a necessidade destas drogas.

Como dito, é importante que tudo seja aplicado de uma forma consistente e bem feita, sempre avaliando periodicamente os pacientes e segundo um tom empático e acolhedor, sem gerar sofrimento e angústia a eles. Dentro destas condições, podemos intervir em um fator muito emergente dentro da UBS em questão e assim impactar de forma positiva e duradoura no local, deixando ou tentando promover um legado a ser seguido para tornar aquelas pessoas mais saudáveis e com a devida qualidade em seu atendimento.

Teremos ainda como consequência uma maior confiabilidade do usuário na equipe de ESF, pois o estreitamento de vínculos gerado no apoio e aproximação leva a uma satisfação e consciência de que a unidade consegue ajudar e fornecer subsídios para o autocuidado mental dos pacientes.



## REFERÊNCIAS

GONCALVES, D. I. A. et al . **Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, n. 3, p. 623-632, Mar. 2014 .

Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000300623&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300623&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 21 jan. 2020.

MENEZES, Alice Lopes do Amaral; CORREIA, Celina Ragoni de Moraes. **Processo de trabalho colaborativo em saúde mental na atenção primária**. São Luís: UNA-SUS, 2017.

RANG, H. P. et al. **Rang & Dale Farmacologia. 8. ed.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

SCHATZBERG, AF; COLE JO; De BATTISTA, C. et al. **Manual de Psicofarmacologia Clínica. 6ª. ed.** Porto Alegre: Artmed, 2009.