



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Christiane Anastacio Flexa

**Discussão em equipe sobre o uso indiscriminado de psicotrópicos
na Atenção Primária à Saúde: Relato de Experiência**

Rio de janeiro
2015

Christiane Anastacio Flexa

Discussão em equipe sobre o uso indiscriminado de psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde: Relato de Experiência

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientador e Supervisor de Campo: Garcia A. Vergara Figueroa

Rio de Janeiro

2015

RESUMO

O trabalho é um relato de experiência a partir da Discussão em equipe sobre o uso indiscriminado de psicotrópicos; medicalização em Atenção primária à Saúde pela equipe 022 do PSF Vila Jurandir do município de São João de Meriti – RJ.

Palavras-chave: Psicotrópicos, Atenção primária à Saúde, medicalização.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 Problema	6
3 Justificativa	7
4 Objetivos	8
4.1 <i>Objetivo geral</i>	8
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	8
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	9
6 METODOLOGIA	14
7 Cronograma	15
8 Recursos necessários	16
9 Resultados esperados	17
10 CONCLUSÃO	19
11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20

1 Introdução

No Brasil e no mundo a utilização de medicamentos psicotrópicos é considerada exacerbada e indiscriminada. O consumo destes teve um aumento significativo nos últimos 10 anos (FERRARI, C.K.B. *et al*, 2013).

O aumento de transtornos mentais tratados com psicotrópicos tem sido atribuído à ocorrência de eventos estressantes relacionados principalmente a questões socioeconômicas e questões familiares (RODRIGUES, 2004).

Pela grande demanda de procedimentos, as unidades de saúde na atenção primária possuem um papel relevante quanto ao acesso e uso racional de medicamentos (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005).

É ressaltado que este uso racional de medicamentos psicotrópicos ultrapassa a área clínica e tornou-se uma questão de saúde pública (FIRMINO, 2008).

A literatura cita que a Estratégia de Saúde da Família através de seus valores, conceito ampliado de saúde, determinação social do processo saúde-doença, empoderamento, apontam um caminho para a superação da cultura medicalizante (TESSER, 2006).

Observa-se na prática diária das equipes em Saúde da Família o crescente número de pacientes que utilizam psicotrópicos, e então a importância da discussão sobre o uso indiscriminado de psicotrópicos na Atenção primária. Portanto, partindo destas considerações, o projeto de intervenção na equipe 022 do PSF Vila Jurandir, município de São João de Meriti-RJ - Rio de Janeiro buscou então identificar as dificuldades e construir o conhecimento para melhor abordagem dos casos pelos membros da equipe através das discussões sobre a correta indicação, efeitos colaterais, o enfoque também na medicalização da vida cotidiana e a possibilidade de desmedicalização.

2 Problema

Ao iniciar o trabalho na equipe 022 em março de 2015 na CF Vila Jurandir, do município de São João de Meriti - Rio de Janeiro, foi verificado grande quantidade de pacientes em uso contínuo de psicotrópicos sem indicação adequada e simultaneamente a falta de entendimento pelos componentes da equipe quanto a este uso. Foi observado ainda um ciclo constante de pacientes-agentes pela renovação de receitas de psicotrópicos sem avaliação dos critérios deste processo.

3 Justificativa

Observa-se na prática diária das equipes em Saúde da Família o crescente número de pacientes que utilizam psicotrópicos, e então a importância do conhecimento sobre seu uso de modo adequado e acompanhamento na Atenção primária. Verifica-se a dificuldade de abordagem e condução de tais pacientes pelos agentes comunitários, enfermeiros bem como médicos. O trabalho busca então identificar as dificuldades e construir em grupo o conhecimento para melhor entendimento e abordagem dos casos.

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

- Possibilitar uma abertura à discussão em equipe sobre o uso inadequado de fármacos psicotrópicos na Atenção primária à Saúde

4.2 Objetivos específicos

- Discutir com os agentes comunitários de saúde, enfermeira e médica - sobre a medicalização da vida cotidiana e a possibilidade de desmedicalização.

- Construir um entendimento conjunto sobre as indicações adequadas dos psicotrópicos, tempo de uso e necessidade de acompanhamento médico.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Por definição, psicotrópicos são substâncias que agem no Sistema Nervoso Central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, podendo determinar dependência física ou psíquica e relacionada (BRASIL, 1973).

Como apresentado anteriormente, o projeto de intervenção foi iniciado com abordagem da definição de psicotrópicos para melhor compreensão do uso destes. Verifica-se que parte da equipe possui uma noção distorcida sobre a definição de psicotrópicos e a maioria deles não conhece as indicações e principalmente os efeitos colaterais dos mesmos. Após a exposição dos vídeos selecionados, com notícias jornalísticas ilustrando tanto profissionais psiquiatras, farmacêuticos bem como indivíduos que utilizam psicotrópicos, a equipe começou a interagir com relatos; perguntas. Os agentes de saúde, principalmente, relataram de parentes que fazem uso contínuo de psicotrópicos citando como indicação o controle de pressão arterial, prescrito por cardiologistas. Estes confirmaram o ilustrado nos vídeos apontando o Clonazepam e Diazepam como umas das substâncias psicotrópicas mais vendidas no Brasil. Houve uma boa interação entre a equipe, interesse espontâneo em conhecer mais sobre as indicações adequadas, tempo de uso, importância da avaliação por profissional especializado e principalmente preocupação quanto aos efeitos colaterais.

Em literatura é relatado que os principais efeitos colaterais dos psicotrópicos são a diminuição da atividade psicomotora, prejuízo da memória, reação paradoxal (excitação, agressividade e desinibição), zumbidos, tonteira, bem como destaca o risco de tolerância e dependência (CPSM/SMS-Rio, 2006).

São apontados o tempo de uso continuado e a dose como fatores importantes para a dependência. Do terceiro mês até doze meses de uso o risco de dependência aumenta de 10 a 15% e acima de 12 meses de uso, torna-se ainda maior de 25% a 40% (CPSM/SMS-Rio, 2006).

O presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, Dr Antônio Geraldo da Silva, destaca que o ideal é que seja feito o primeiro atendimento com esse medicamento sintomático com duração máxima de 1 mês a 2 meses, enquanto chega até o psiquiatra para fazer de fato o tratamento do que leva àquele

sintoma. São sintomáticos, não para uso indeterminado. Se o paciente está utilizando medicamentos psicotrópicos por mais de 3 meses até 6 meses, este deve ser encaminhado ao psiquiatra para que o mesmo avalie a necessidade real do uso destes medicamentos (TV Brasil, 2012).

Em nossa segunda reunião, com a temática “Medicalização da vida cotidiana”, já ao início observo o interesse da equipe em entender melhor e discutir sobre a questão.

Encontrei um número significativo de cadastrados da equipe 022 em uso de psicotrópicos em que não havia um diagnóstico definido para tal. Alguns quando questionados sobre o motivo de estarem anos em uso da medicação, não sabiam explicar, parte descrevia necessidade da medicação para o bem estar e tive também relatos manifestando desejo de não usar a medicação, porém de indicação médica e renovação contínua das receitas.

Tratamos o termo “Medicalização da vida cotidiana” como o processo descrito em que os problemas cotidianos não médicos passam a ter status de doenças e distúrbios. É citado que a medicalização pode ocorrer em três níveis, o conceitual, o institucional e o interacional. No conceitual, um vocabulário ou modelo médico seria utilizado para definir um problema e tratamentos médicos não necessariamente aplicáveis. No institucional, seria a abordagem médica adotada por organizações para tratar problemas particulares de modo legítimo, com profissionais médicos e não médicos envolvidos no trabalho cotidiano. E no interacional, quando se refere à relação médico-paciente, o lidar com um problema social com alguma forma de tratamento médico, como a prescrição de psicotrópicos para uma vida familiar infeliz (CONRAD, 2007).

Os psicofármacos se tornaram recurso para tratar qualquer mal estar das pessoas, como a tristeza, desamparo, solidão, inquietude, insegurança (DALGALARRONDO, 2007).

Gradativamente com a nova percepção da equipe sobre o tema, o esclarecimento e vínculo com os pacientes aos poucos se tornaram nossa ferramenta para a reflexão sobre a “medicalização da vida cotidiana”.

O presidente da ABP atribui a responsabilidade da venda e consumo exagerado de psicotrópicos às agências reguladoras, ANVISA. O mesmo acredita que seja uma falta de controle adequado da ANVISA, inclusive com campanhas

públicas para proteção, promoção e prevenção das doenças. Destaca ainda, por exemplo, que o médico não psiquiatra prescreve mais ansiolíticos que os psiquiatras, ao invés de encaminhar ao psiquiatra. Mas relaciona isto ao fato do próprio preconceito que existe quanto ao encaminhamento de pacientes à psiquiatria (TV Brasil, 2012).

A educação dos profissionais de saúde e trabalho em equipe constitui-se em estratégia importante para apoiar uma política para o uso racional de psicofármacos. O esclarecimento da população sobre o risco do uso indiscriminado de psicofármacos pode contribuir para uma mudança de atitude.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como uso racional dos medicamentos quando é apropriado com doses específicas para a necessidade clínica do paciente, por um período de tempo adequado e com o menor custo possível (MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, 1997).

A segunda reunião finalizou com essa reflexão de que existem questões inerentes às dificuldades da vida e nem sempre a solução está no uso de drogas psicotrópicas.

Ao longo desse intervalo de semanas entre as discussões, pude observar uma atitude de preocupação dos membros da equipe com pessoas próximas; cadastrados em uso de psicofármacos. E tomando posse das informações sentiram-se responsáveis em orientá-las.

Seguindo com nossas discussões, em nossa terceira reunião, com a temática “Desmedicalização”, tivemos a oportunidade de discutir principalmente sobre as possibilidades de desmedicalização, com as dificuldades enfrentadas como a síndrome de abstinência.

Verifiquei durante consultas que a maior preocupação dos pacientes é sentir os efeitos da falta da medicação e não propriamente o diagnóstico que levou ao uso desta. Muitos até manifestaram o desejo em parar de usar, mas o medo da síndrome de abstinência os paralisava.

A literatura cita que em 90% dos casos a síndrome de abstinência ocorre quando os pacientes, após longo prazo de utilização, retiram a medicação de forma abrupta, porém mesmo se o medicamento é retirado de forma lenta e gradual experimentam alguns sintomas da síndrome. Os principais sintomas são irritabilidade, ansiedade, nervosismo, sudorese, tremor, insônia, inquietação, fadiga

e fraqueza. Quanto maior a dose e quanto menor a meia-vida, mais graves podem ser esses sintomas (SADOCK, 2007).

O cenário dos pacientes da equipe 022, frente ao desemprego, a violência local, famílias desestruturadas, membros da família com doença crônica; acamados são fatores que dificultam o equilíbrio biopsicossocial para enfrentamento e desmedicalização.

Cabe ressaltar, como cita o autor Eric Cassell, importante médico de família americana, que existem pessoas que sofrem e não estão doentes, e muitas podem estar gravemente doentes e mesmo assim não sofrerem (BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em discussão com a equipe, cientes de uma rede de apoio deficiente em São João de Meriti, listamos os possíveis atores importantes para o suporte dos pacientes neste processo. A equipe apontou como atores básicos a família, amigos, ampliação de ambientes públicos com segurança para atividade física/ lazer/ cultura, equipe de saúde do PSF, oferta de trabalho e educação. Além destes a equipe também citou que é necessário maior rede de apoio com psiquiatras e psicólogos, que são escassos no município.

É citado em literatura que todos os profissionais da Atenção Básica podem se utilizar de recursos como proporcionar ao usuário a reflexão através de boa comunicação, empatia, escuta, acolhimento das queixas emocionais como legítimas, suporte sem que torne o usuário dependente e nem gere uma sobrecarga profissional (BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Tivemos casos de sucesso da desmedicalização somente com a retirada gradual do psicotrópico e introdução de novos hábitos pelo paciente, como atividade física regular, mudanças alimentares e higiene do sono. Porém, muitos pacientes necessitam de rede de apoio com atendimentos com psicólogos, psiquiatras, ainda que não exista NASF e CAPS como elo às unidades de PSF do município de São João de Meriti.

Apesar das limitações, destaco que o esforço conjunto em equipe no incentivo à desmedicalização não é perdido mesmo quando temos poucos casos de sucesso que nos impulsionam a mudança de olhar quanto ao uso inadequado de psicotrópicos.

Enfim chegando a nossa última reunião, discutimos a “Relação em equipe” como papel fundamental de promotores de saúde levando informações; abrindo novos horizontes sinalizando aos pacientes os ‘atores’ citados na reunião anterior como importantes ao equilíbrio biopsicossocial.

O esclarecimento da população sobre o risco do uso indiscriminado de psicofármacos pode contribuir de modo positivo.

Como fala dos agentes de saúde foi solicitado o apoio conjunto médica-enfermeira e agentes, pois o que ocorria previamente na unidade de PSF Vila Jurandir eram condutas médicas de incentivo à renovação indiscriminada de psicotrópicos. Então foi apontado a necessidade de um discurso único da equipe em prol de novos hábitos e desmedicalização.

A abertura à discussão deste tema que durante tanto tempo gerou impasses por falta de esclarecimento e conversa sobre o mesmo, nos permitiu o crescimento em equipe e entendimento de que não existem condutas isoladas de cada profissional, mas uma equipe trabalhando em unidade para o alcance do objetivo comum, que é a saúde do paciente.

6 METODOLOGIA

A metodologia utilizada foram reuniões para a Discussão em equipe sobre o uso indiscriminado de psicotrópicos na Atenção primária à Saúde, com os membros da equipe 022 do PSF Vila Jurandir, município de São João de Meriti-RJ - Rio de Janeiro. A equipe é composta por seis agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e médica. O projeto de intervenção ocorreu no período de abril a outubro de 2015.

Foram realizadas 4 reuniões conforme descrito no cronograma, elaboradas com temáticas específicas através de linguagem simples sobre o uso de psicofármacos. As reuniões foram fundamentadas em estudos bibliográficos com busca de artigos na base de dados LILACS, MEDLINE e Scielo, possibilitando um conhecimento teórico facilitando o estudo e elaboração de reuniões com slide interativo, vídeos e discussão. E então foi desenvolvido o relato de experiência da discussão.

7 Cronograma

Atividades	Maio/junho	Junho/ julho	Julho/ agosto	Set/out	Nov
Pesquisa em literatura	X	X	X		
Elaboração do projeto	X	X	X		
Primeira reunião		14/07/15			
Segunda reunião		X			
Terceira reunião			X		
Quarta reunião			X		
Conclusão do projeto			X	X	X

14/07/15 Primeira reunião – O que são psicotrópicos?

28/ 07/ 15 Segunda reunião - Medicalização da vida cotidiana

04/08/15 Terceira reunião - Desmedicalização: É possível?

11/08/15 Quarta reunião – Relação equipe-cadastrado + coffee-break

8 Recursos necessários

Foram necessários o uso de computador próprio com áudio e amplificador de som, power point, mídia, disponibilidade de sala da unidade para apresentação.

9 Resultados esperados

A experiência de uma abertura à Discussão em equipe sobre o uso indiscriminado de psicotrópicos na atenção primária, especificamente em nossa equipe 022 do PSF Vila Jurandir – município de São João de Meriti nos trouxe crescimento não apenas em questões técnicas, mas principalmente da transparência das situações para enfrentamento em equipe.

Destaco que a cada reunião pude perceber em pequenos relatos; gestos, um olhar diferente de cada membro da equipe. A boa receptividade pela equipe gerou um despertar do interesse de ACS de outras equipes em participar das reuniões para aprender; discutir sobre o tema conosco. Houve a solicitação pela enfermeira da equipe 023 para a realização futura do ciclo de discussões com a equipe da mesma.

As discussões permitiram melhora do fluxo e entendimento do tema pelos ACS e com isso melhor relação ACS-cadastrados, enfermeira-cadastrados e médico-cadastrados através de uma equipe com mesma linguagem e orientações ao paciente.

Afirmo que a discussão temática demanda tempo para estudo; elaboração de reuniões; tempo na agenda para desenvolvimento das mesmas com a equipe, porém são excelentes ferramentas para uma equipe bem estruturada.

Destaco o termo ‘empoderamento’ em Promoção de Saúde muito usado desde a Carta de Ottawa em 1986, e citado em tantas literaturas, definido como um processo que possibilita as pessoas a firmar seu controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a sua saúde (VASCONCELOS, 2001). Este termo também faz referência à equidade, às condições reais que as pessoas possuem a seu favor para uma vida saudável.

De certo que os frutos destas discussões geraram uma reflexão sobre a importância dos diversos atores que proporcionam um equilíbrio biopsicossocial, diante disto verifiquei o empoderamento da equipe, principalmente os agentes comunitários de saúde como promotores de saúde.

E por fim destaco o legado aos membros da equipe pelos novos conhecimentos; novo olhar frente ao uso de psicotrópicos, visto que estes permanecerão na unidade PSF Vila Jurandir, portanto a capacidade de lidar com

condutas inadequadas pelos futuros médicos quanto à indicação indiscriminada de psicotrópicos.

10 CONCLUSÃO

A perspectiva de mudanças começa quando observamos que algo pode ser diferente e então refletimos para a busca de novos caminhos. Cada vez mais é destacada em artigos a importância do novo olhar saindo do foco médico passando ao foco multidisciplinar. Através deste pequeno ciclo de reuniões foi possível observar uma mudança de postura dos componentes da equipe assumindo este foco multidisciplinar, proporcionando o empoderamento da mesma.

Muito se discute sobre a utilidade de reuniões em equipe como instrumento de percepções e construção conjunta de aprendizagem, porém verificam-se ainda equipes de Saúde da Família que não proporcionam abertura para estas.

Sabe-se que a ESF significou um avanço com relação à longitudinalidade por ela instaurada, visto que esta facilita o conhecimento mútuo progressivo entre profissionais e população com sua dimensão cultural e social e o reconhecimento dos limites e tendências medicalizantes. Neste contexto, é destacada a prática da prevenção quaternária, que possibilita evitar a medicalização excessiva e a iatrogenia tanto no cuidado ao adoecimento e sofrimento quanto na prevenção (NORMAN & TESSER, 2009).

É relatado que o desenvolvimento em equipe para a prevenção quaternária pode e deve se tornar uma estratégia para que práticas de excelência em atenção primária à saúde possam ser desenvolvidas e consolidadas na Estratégia de Saúde da Família (STARFIELD B, 2002; ALMEIDA, 2005).

A prevenção quaternária então busca proteger o usuário da medicalização excessiva e dos danos frequentes que ela causa, bem como da tendência de diagnosticar doenças e riscos com etiquetas e terapias aparentemente fáceis, mas custosas (TESSER, 2006).

Portanto, faz-se necessária a valorização das discussões em equipe e prevenção quaternária para o aperfeiçoamento contínuo no atendimento dos pacientes em seus sofrimentos, crises e fases do seu ciclo de vida pela equipe de Saúde da Família.

11 Referências

1. ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 26, n. 2, p. 87-92. 2005.
2. ALMEIDA L.M. **Da prevenção primordial à prevenção quaternária**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 23: 91-6. 2005.
3. BRASIL, 1973. **Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/conceito.htm>>.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
5. CONRAD, P. 2007. **The Medicalization of Society: on the transformation of Human Conditions into Tractable Disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University; 2007.
6. CPSM/ SMS-Rio. **Uso racional de Psicofármacos**. Ano1, vol 1/ abril-jun, 2006.
7. DALGALARRONDO, P. Síndromes relacionadas a substâncias psicoativas (abuso e dependência). In:____. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
8. FERRARI, C.K.B. *et al.* **Falhas na Prescrição e Dispensação de Medicamentos Psicotrópicos: Um problema de Saúde Pública**. Revista de Ciências Farmacêutica Básica e Aplicada, 34(1): 109-116, 2013.
9. FIRMINO, K. F. **Benzodiazepínicos: um estudo da indicação/prescrição no município de Coronel Fabriciano-MG**. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.
10. LOPES, L.M.B; GRICOLETO. **Uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais da saúde**. Brazilian Journal of Health v. 2, n. 1, p. 1-14, Janeiro/Abril 2011.
11. MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MSH). **Manging Drug Supply**. 2. Edition. Connecticut: Kumarian Press; 1997.
12. NORMAN, A. H.; TESSER, C.D. **Prevenção quaternária na atenção primária à**

saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(9):2012-2020, set, 2009.

13. PELEGRINI, M. R. F. O Abuso de Medicamentos Psicotrópicos na Contemporaneidade. Psicologia Ciência e Profissão, 2003, 21 (3), 38-43.

14. RODRIGUES, M.A.P. **Modificações no padrão de consumo de psicofármacos em uma cidade do sul do Brasil.** Universidade Federal de Pelotas, 2004.

15. SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** 9ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

16. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.

17. TESSER, C.D. **Medicalização Social: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde.** Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.10, n.19, p. 61-76, 2006.

18. TESSER, C.D.; SOUZA, I.M.C. **Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas.** Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.2, p.336-350, 2012.

19. TV BRASIL. **Entrevista edição do telejornal Repórter Brasil.** 2012.

20. VASCONCELOS, E. M. **“A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da saúde mental”.** In: Revista Serviço Social & Sociedade: seguridade social e cidadania. Ano XXII; 65:5-53.2001.

