



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social**

Helen Rodrigues

**Medicalização e benzodiazepínicos: o olhar do usuário crônico às margens
da saúde mental**

Rio de Janeiro

2016

Helen Rodrigues

**Medicalização e benzodiazepínicos: o olhar do usuário crônico às margens da saúde
mental**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, planejamento e administração em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Júnior

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

R696 Rodrigues, Helen.
Medicalização e benzodiazepínicos: o olhar do usuário crônico às
margens da saúde mental / Helen Rodrigues. – 2016.
89 f.

Orientador: Kenneth Rochel de Camargo Júnior.

Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Serviços de saúde mental – Utilização – Teses. 2. Medicalização –
Tendências – Teses. 3. Benzodiazepinas – Teses. I. 4. Transtornos mentais
– Teses. I. Camargo Júnior, Kenneth Rochel de. II. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89:615.035

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Helen Rodrigues

Medicalização e benzodiazepínicos: o olhar do usuário crônico às margens da saúde mental

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, planejamento e administração em saúde.

Aprovada em 29 de abril de 2016.

Orientador (a) (es): Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Júnior

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. André Luis de Oliveira Mendonça

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Elaine Teixeira Rabello

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Vera Lúcia Edais Pepe

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2016

DEDICATÓRIA

Aos pacientes da Policlínica Piquet Carneiro, por transformarem o meu olhar.

AGRADECIMENTOS

À minha família, que é meu norte e minha essência. À minha mãe, por sua sede de conhecimento e inquietude frente às desigualdades humanas, que tanto me influenciaram. Ao meu pai pela sensibilidade e bondade com que olha o mundo, que alimenta a cada dia a força com a qual caminho pela vida.

Aos chefes, colegas de trabalho, Philippe, pela ajuda e compreensão, e por contribuírem para que a construção desta etapa se tornasse mais leve.

A todos os amigos e professores do IMS, pelas conversas, debates, experiências e conhecimentos compartilhados que foram de imenso valor à minha pesquisa.

À Sandra e Vânia, e todos os profissionais da Policlínica Piquet Carneiro, pela recepção carinhosa, pela oportunidade cedida de forma tão generosa e pelo exemplo de dedicação e trabalho realizado com aqueles que estão em sofrimento.

Ao meu querido mestre Kenneth, por ter me acolhido de forma tão paternal neste mundo completamente novo para mim. Não conseguiria expressar em palavras toda minha gratidão pela sua generosidade, gentileza, por dividir comigo toda sua sabedoria e por ter contribuído para meu encontro comigo mesma na Saúde Coletiva.

Aos colegas do grupo Biomedsci, especialmente à Ângela, por me apresentar o Serviço de Saúde Mental da Policlínica Piquet Carneiro, obrigada por dividirem durante todo este período as mesmas inquietações, sonhos, objetivos. Como é bom saber que existem profissionais tão especiais em meio a tantas pedras e obstáculos na construção da saúde que queremos.

Enquanto continuarmos a buscar a melhoria na vida e na saúde pública do nosso povo, vamos ter realizado o que começamos.

“Nenhuma medicina cura o que a felicidade não pode curar.”

Gabriel Garcia Márquez

RESUMO

RODRIGUES, Helen. *Medicalização e benzodiazepínicos: o olhar do usuário crônico às margens da saúde mental*. 2016. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

O objetivo geral do estudo foi analisar como se dá a utilização crônica de fármacos benzodiazepínicos através da perspectiva de usuários de um serviço de Saúde Mental de um Centro de Saúde do município do Rio de Janeiro – RJ. Tomamos por referencial a noção de medicalização e a ideia de uso crônico de fármacos benzodiazepínicos como consequência da dificuldade no manejo das queixas e sintomas subjetivos dos pacientes, da existência de práticas cronificadas nos serviços de saúde, e de sua popularização na sociedade. Foi conduzida em campo uma pesquisa qualitativa, através de observação de grupos de acolhimento com pacientes usuários de benzodiazepínicos (nove grupos) e posteriores entrevistas individuais com alguns dos membros do grupo (seis pacientes) para esgotamento de temas ou questões relevantes que tenham aparecido durante a observação prévia. Procedeu-se a análise dos dados pela identificação de categorias temáticas com o software OpenLogos. Os dados obtidos apontam para a existência de uma excelente ferramenta de grupo que atua como “desmedicalizante”, através da conscientização dos pacientes e na melhora das condições gerais. Através das falas e depoimentos dos participantes, foram observados resultados significativos na diminuição progressiva do consumo acompanhada por psiquiatra, substituições por outras classes terapêuticas mais recomendadas, como os antidepressivos, e incentivo ao autocuidado e à prática de atividades de bem-estar. Em função do poder iatrogênico e de dependência destes medicamentos, e em virtude das ações em Saúde Mental ainda concentrarem-se em uma lógica tradicional altamente medicalizante, aponta-se a necessidade de outras leituras que possam contribuir para a construção do conhecimento de políticas de saúde para aqueles que encontram-se em sofrimento e às margens da rede de Saúde Mental.

Palavras-chave: Medicalização. Benzodiazepínicos. Transtornos mentais comuns. Saúde mental.

ABSTRACT

RODRIGUES, Helen. *Medicalization and benzodiazepines: the look of the chronic user on the banks of Mental Health*. 2016. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

The overall objective of the study was to analyze how is the chronic use of benzodiazepines drugs through the user perspective of a Mental Health Service Health Center in the city of Rio de Janeiro - RJ. We took for reference the notion of medicalization and the idea of chronic use of benzodiazepines drugs as a result of the difficulty in handling complaints and subjective symptoms of patients, the existence of chronicle practices in health services, and its popularization in society. It was conducted in field a qualitative research through observation of “host groups” for benzodiazepine users patients (nine groups) and subsequent individual interviews with some of the group members (six patients) for depletion of relevant topics or issues that have appeared during the prior notice. It was proceeded analyze of data for identifying themes with OpenLogos software. The data point to the existence of a excellent “group-tool” that acts as "unmedicalized" through the awareness of patients and the improvement of the general conditions. Through the speeches and statements of the participants were observed significant results in progressive decrease in accompanied by psychiatrist consumption, substitution of other more recommended therapeutic classes, such as antidepressants, and encouraging self-care and practice wellness activities. Depending on the iatrogenic power and dependence on these drugs, and because of the actions of Mental Health also concentrate on a highly medicalized traditional logic points to the need for other readings that can contribute to the construction of health policy knowledge for those who are suffering and the banks of the Mental Health network.

Keywords: Medicalization. Benzodiazepines. Common mental disorders. Mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Área de Planejamento do município do Rio de Janeiro
BZD	Fármacos Benzodiazepínicos
CAP	Centro de Atenção Psicossocial
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DSM	<i>The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
GABA	Ácido gama-aminobutírico
LIPAPS	Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NSM/PPC	Núcleo de Saúde Mental/Policlínica Piquet Carneiro
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPC/UERJ	Policlínica Piquet Carneiro / Universidade do Estado do Rio de Janeiro
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SM	Saúde Mental
SNGPC	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
TMC	Transtornos Mentais Comuns

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	FÁRMACOS BENZODIAZEPÍNICOS	16
1.1	Farmacodinâmica	16
1.2	Farmacologia clínica	17
1.3	Toxicologia	18
1.4	Abuso, dependência e tolerância	19
2	TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS	21
3	QUESTÕES NORTEADORAS	24
4	OBJETIVO GERAL	24
4.1	Objetivos específicos	24
5	CONTEXTUALIZAÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO	25
5.1	Estatísticas do consumo de BZD no Brasil	25
5.2	Medicalização do sofrimento mental	27
5.2.1	<u>O conceito de medicalização</u>	27
5.2.2	<u>Normalidade, subjetividade e produção social de transtornos mentais</u>	32
5.2.3	<u>O papel do prescriptor</u>	37
5.3	Saúde mental e atenção básica	41
5.3.1	<u>Ações em saúde mental nesta esfera do cuidado</u>	43
5.3.2	<u>Demanda ambulatorial na Atenção Primária</u>	43
6	METODOLOGIA	48
6.1	Campo e sujeitos de pesquisa	48
6.1.1	<u>Localização do serviço da Policlínica Piquet Carneiro na rede de atenção do município do Rio de Janeiro</u>	49
6.1.2	<u>O Núcleo de saúde mental</u>	51
6.2	Etapas da pesquisa de campo	53
6.2.1	<u>Observação aos grupos</u>	53
6.2.2	<u>Entrevistas individuais</u>	55
6.3	Critérios de inclusão e exclusão	56
6.4	Riscos da pesquisa	56
6.5	Análise dos dados	56
7	ASPECTOS ÉTICOS	58

8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
8.1	Motivações	59
8.2	Itinerários	66
8.3	Medicamentos	70
8.4	Relatos sobre o serviço	74
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	80
	ANEXO A - Observação aos grupos de acolhimento	88
	ANEXO B - Entrevistas individuais	89

INTRODUÇÃO

Procurei com este trabalho dar voz às concepções da população usuária de medicamentos, buscando analisar o consumo por intermédio de sua interação com o social, e pela relação entre usuário e serviços de saúde.

Para uma problematização mais específica, foi escolhido o grupo de fármacos ansiolíticos da classe dos benzodiazepínicos, cujo consumo no país é visualmente alarmante, conforme veremos adiante.

Busquei observar o consumo de medicamentos de forma contextualizada, pautando a análise na investigação de conflitos, e procurando configurar, a partir das concepções dos usuários, os modos de uso e os motivos para o consumo crônico destes medicamentos.

Entende-se que a pesquisa qualitativa sobre medicamentos contribui para revelar as particularidades que uma pesquisa estatística e epidemiológica nesta área não alcança, por homogeneizar os pacientes através de categorias como doença, idade, sexo, nível de escolaridade, etc.

Tendo em vista que uma pesquisa se constrói por sucessivas inquietações, a escolha do tema partiu primeiramente de minhas experiências como farmacêutica, além das vivências do problema com familiares e amigos.

A experiência cotidiana com o uso indiscriminado destes medicamentos, sempre provocadora de muitos questionamentos, foi decisiva como motivação para o estudo do tema. Uma análise mais profunda dos percursos que acompanham a vida dos pacientes acaba revelando a criação de itinerários terapêuticos que levam a uma cronicidade não indicada para o tratamento com estes fármacos.

Com foco nos quadros classificados como Transtornos Mentais Comuns, rotineiramente tratados com benzodiazepínicos, busquei articular o campo prático de trabalho na saúde mental com a produção teórica sobre o fenômeno da medicalização.

Estando clara a presença de um entendimento fragmentado do sofrimento entre corpo e mente predominante na visão do modelo tradicional biomédico – no qual a medicina faz sua opção pela naturalização de seu objeto através do processo de objetivação, com a exclusão da subjetividade e a construção de generalidades – acredito que o olhar para o usuário permite a entrada de uma dimensão social nos questionamentos sobre as noções instituídas em saúde mental.

Pretendo, com este estudo, produzir e ampliar o conhecimento acerca do tema e acrescentar elementos para sua compreensão contextualizada. Ademais, entendo que o

fenômeno da medicalização necessita ser estudado a fundo, a fim de que se possa dar subsídios para seu enfrentamento, principalmente as iatrogenias decorrentes dele.

O adoecimento psíquico é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade, comprometendo a saúde das populações e representando elevado ônus para a saúde pública. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (2002), uma em cada quatro pessoas será afetada por um distúrbio mental em uma dada fase da vida.

Embora o conjunto dos transtornos mentais represente cerca de 13% a 14% da carga total de doenças¹, menos de 1% dos gastos totais em saúde são investidos em saúde mental (Organização Mundial da Saúde, 2002), produzindo um abismo entre a demanda e a oferta dos serviços em saúde mental. Em decorrência desse descompasso, apenas parte dos casos existentes é identificada e tratada, elevando os custos sociais e econômicos com esses agravos.

Segundo as orientações da Organização Mundial da Saúde (2001), a detecção e, conseqüentemente, a intervenção precoce, possibilitam interromper ou diminuir o ritmo da evolução da doença, assim como o controle dos sintomas e a melhoria dos resultados do tratamento. Para atingir estes objetivos, devem ser priorizadas ações que garantam não apenas a detecção de novos casos, mas também a continuidade do cuidado, entendida como o sistema de referência e contra-referência, no qual, o usuário, a qualquer momento tenha à sua disposição, um local que o acolha, atenda às suas necessidades imediatas, forneça as orientações necessárias ou uma referência que o acompanhe no tratamento, tendo em vista a integralidade do cuidado.

O acolhimento deve ocorrer de forma humanizada e deve informar o paciente sobre como ele utilizará os recursos do sistema de saúde. As informações claras e precisas devem ser fornecidas em todos os níveis de atendimento, fazendo com que o tratamento tenha sentido e continuidade, evitando o desperdício de recursos e repetições de procedimentos. Para um tratamento eficaz e de qualidade direcionado aos doentes mentais, as intervenções devem estar alicerçadas na farmacoterapia, psicoterapia e na reabilitação psicossocial.

Apesar das poucas estimativas disponíveis indicarem a relevância dos transtornos mentais, os dados sobre a situação de saúde mental em grupos populacionais ainda são escassos, ocasionando uma carência de informações sobre os indicadores de morbidade

¹ Utilizado para medir quanto e como as populações do mundo vivem e sofrem o impacto de determinada patologia, o conceito de carga de doença é considerado como a diferença entre o estado real de saúde e um estado ideal de envelhecimento saudável sem incapacidade. Os estudos da carga global (ou total) da doença têm como objetivo quantificar a carga de mortalidade prematura e de incapacidade para as principais doenças ou grupos de doenças, usando como medida resumo da saúde da população o DALY - Disability Adjusted Life Year (CAMPOS, 2011).

psíquica. A ausência ou insuficiência de informações sobre a situação de saúde mental das populações é fator contribuinte para a atenção ainda precária ou inexistente em saúde mental, tanto no que se refere à oferta de serviços quanto à elaboração de políticas de proteção e promoção à saúde.

A ausência de diagnóstico pode gerar uma peregrinação do paciente pelos serviços de saúde e sobrecarregar o sistema, enquanto o excesso desses diagnósticos pode estar associado a elevado consumo de psicofármacos, especialmente os antidepressivos e os benzodiazepínicos. Estes últimos, provavelmente por serem mais seguros, são comumente incorporados ao arsenal terapêutico, fator que amplia o consumo populacional da droga.

As patologias de ordem mental apresentam difíceis diagnósticos precoces, devido ao seu caráter subjetivo, podendo gerar alterações psicoemocionais, orgânicas, sociais e culturais. A estimativa da OMS prevê o índice de morbidade de ordem mental e neurológica de 15% no ano de 2020, com apenas uma minoria da população em sofrimento mental recebendo tratamento adequado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

A alta prevalência de transtornos mentais ao longo da vida, que pode variar de acordo com a população estudada e os critérios diagnósticos utilizados, indica a necessidade da implementação de políticas públicas nessas áreas, devido ao impacto considerável na vida dos indivíduos e no sistema de saúde (LUDENIR; MELO FILHO, 2002). Embora esses transtornos não sejam causa significativa de mortalidade, são responsáveis por mais de 12% da incapacitação decorrente de doenças, principalmente entre as mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (MARAGNO et al., 2006).

Uma vez que os casos não tratados tendem a evoluir cronicamente, faz-se necessário o diagnóstico precoce e correto desses transtornos, a fim de evitar prejuízos físicos e psicológicos aos portadores e ônus ao sistema de saúde. Por outro lado, pacientes que usam medicamentos desnecessariamente estão sujeitos a reações adversas dos fármacos, interações medicamentosas e gastos financeiros, sendo a classe dos fármacos benzodiazepínicos (BZD) a de maior utilização entre os psicotrópicos.

O uso indevido de psicotrópicos, principalmente os BZD, definido como o uso sem supervisão médica ou em quantidades/prazos superiores ao preconizado para tratamento, tem sido crescente nos últimos anos e se tornado objeto de preocupação na área de saúde pública.

A despeito da prescrição de psicotrópico ser ato exclusivo médico, discutimos a sua generalização e seu papel como resposta, muitas vezes única e *a priori*, ao sofrimento psíquico, criando dispositivo para medicalização nos serviços de saúde.

A prescrição de psicofármacos vem ocupando o lugar de destaque no processo de

desinstitucionalização da assistência psiquiátrica e não pretendemos, aqui, negar a importância da farmacologia, porém, estamos em meio a toda uma complexidade na definição dos limites saúde-doença, onde os profissionais encontram-se demandados a medicalizar problemas não-médicos, experiências de vida, sofrimentos sociais, substituindo o autocuidado e outras alternativas terapêuticas.

Os benzodiazepínicos (BZD) estão entre os medicamentos psicotrópicos mais consumidos em diferentes países no mundo, principalmente para tratamento de transtorno de ansiedade e como indutores de sono. Embora as recomendações para o uso de benzodiazepínicos com prescrição sugerem que a duração se limite a algumas semanas, é conhecido o uso desses medicamentos por meses, anos, ou até décadas, sendo prescritos tanto por psiquiatras quanto por médicos de outras especialidades, mesmo que as evidências demonstrem que seus benefícios podem diminuir com o tempo, enquanto o potencial para efeitos adversos permanece (AUTHIER et al., 2009).

Os principais efeitos adversos envolvem diminuição da cognição, amnésia anterógrada, sedação, redução da coordenação, aumento do risco de acidentes, tolerância, assim como riscos de abuso e dependência (AUTHIER et al., 2009).

Os efeitos deletérios agudos dos benzodiazepínicos sobre a memória e cognição estão bem documentados, porém a possibilidade de um aumento do risco de demência é ainda uma questão em debate.

Estudo caso-controle realizado com pacientes idosos acima de 66 anos em Quebec (Canadá), acompanhou durante seis anos 1796 pessoas com um primeiro diagnóstico da doença de Alzheimer e 7184 pacientes-controles (combinados por sexo, faixa etária e tempo de seguimento). O objetivo principal foi investigar a relação entre o risco de doença de Alzheimer e a exposição a benzodiazepínicos (que tenha começado pelo menos, cinco anos antes), considerando tanto a relação dose-resposta quanto as indicações clínicas (ansiedade, depressão, insônia), possivelmente relacionados com o tratamento (GAGE et al., 2014).

Os resultados mostraram que o uso de benzodiazepínicos sempre estava associado com um aumento do risco de doença de Alzheimer (odds ratio ajustado 1.51, 95% intervalo de confiança 1,36-1,69; ajuste adicional sobre a ansiedade, depressão e insônia não alterou significativamente este resultado: 1,43; 1,28-1,60). A força de associação aumentou com a densidade de exposição (1,32 [1,01-1,74] para 91-180 doses diárias prescritas e 1,84 [1,62 a 2,08] para mais de 180 doses diárias prescritas) e com a meia-vida da droga (1,43 [1,27-1,61] para fármacos de atuação rápida e 1,70 [1,46 a 1,98] para os de longa ação).

Os autores concluíram que a utilização de benzodiazepínicos está associada a um

aumento do risco de doença de Alzheimer. A associação mais forte observada, para exposições de longa duração, reforça a suspeita de uma possível associação direta (mesmo no caso do uso de benzodiazepínicos também ser um marcador precoce de uma condição associada a um risco aumentado de demência). Assim, o estudo alerta para que a utilização indevida por longo prazo destes fármacos deve ser considerada como um problema de saúde pública.

A fim de descrever as tendências na prescrição de benzodiazepínicos e mortalidade por overdose envolvendo esses medicamentos entre adultos norte-americanos, Bachhuber et al. (2016) examinaram dados do *Medical Expenditure Panel Survey and multiple-cause-of-death do CDC (Centers for Disease Control and Prevention)* entre 1996 e 2013.

Os autores destacaram que, somente em 2013, aproximadamente 22.767 pessoas morreram de overdose envolvendo a prescrição de medicamentos nos Estados Unidos.

Os resultados demonstraram que:

- a) a percentagem de adultos recebendo uma prescrição de benzodiazepínicos aumentou de 4,1% (95% intervalo de confiança [IC] = 3,8%, 4,5%) para 5,6% (IC 95% = 5,2%, 6,1%), com uma mudança percentual anual de 2,5% (IC de 95% = 2,1%, 3,0%);
- b) a quantidade de benzodiazepínicos prescritos mais que triplicou, de 1,1 (IC de 95% = 0,9, 1,2) para 3,6 (IC de 95% = 3,0, 4,2) equivalentes em kg de lorazepam por 100.000 adultos (mudança anual = 9,0%; IC 95% = 7,6%, 10,3%). Em 2013, a indicação mais comum para o uso foram os transtornos de ansiedade (56%) e transtornos de humor (12,1%), além de insônia (12%);
- c) a taxa de morte por overdose envolvendo benzodiazepínicos mais que quadriplicou, de 0,58 (IC de 95% = 0,55, 0,62) para 3,7 (IC de 95% = 2,99, 3,14) por 100.000 adultos, com um patamar constante a partir de 2010. O aumento no consumo de álcool ou a combinação com outros medicamentos (principalmente opióides, envolvidos em 75% destas mortes), poderiam aumentar o risco de overdoses fatais.

Os autores concluíram que, apesar de considerarem seus dados ainda subestimados, as prescrições de benzodiazepínicos e a mortalidade por overdose aumentaram consideravelmente, e que intervenções para reduzir o uso de benzodiazepínicos ou melhorar a sua segurança são necessários.

1 FÁRMACOS BENZODIAZEPÍNICOS

1.1 Farmacodinâmica

Os benzodiazepínicos (BZD) são fármacos sedativo-hipnóticos amplamente utilizados, e seu mecanismo de ação consiste na ligação a moléculas do receptor GABA A presentes nas membranas neuronais do Sistema Nervoso Central (SNC), aumentando a eficiência da inibição sináptica causada pelo neurotransmissor GABA (ácido gama-aminobutírico). Os efeitos observados no nível dos órgãos consistem em sedação, hipnose, anestesia, efeito anticonvulsivante, relaxamento muscular e efeitos sobre a respiração e a função cardiovascular (KATZUNG, 2007).

São resultado de uma reação química não planejada pelos laboratórios de Hoffmann la Roche, sendo sintetizado por acaso o clordiazepóxido em 1960. Em 1961 houve a síntese do diazepam (Valium®), e rapidamente os benzodiazepínicos² se tornaram o tratamento de escolha para transtornos de ansiedade, substituindo os barbitúricos, que apresentavam grandes efeitos colaterais. Reconhecida a sua atividade farmacológica, rapidamente tornaram-se umas das substâncias mais prescritas em todo o mundo, e em 1969, o Valium® era o medicamento mais prescrito nos Estados Unidos (RANG, et al., 2004).

As utilizações dos benzodiazepínicos podem ser intercambiáveis, como é o caso do uso do diazepam para a abstinência do álcool, e a constatação de que a maioria dos componentes desta classe são hipnóticos (GOODMAN, 2010).

Existem cerca de cem medicamentos a base de benzodiazepínicos no Brasil e alguns exemplos incluem diazepam (Valium®), bromazepam (Lexotan®), clonazepam (Rivotril®) clobazam (Frisium®), estazolam (Noctal®), flurazepam (Dalmadorm®), flunitrazepam (Rohypnol®), lorazepam (Lorax®), nitrazepam (Sonebom®) e o alprazolam (Frontal®).

Possuem grandes variações nas propriedades farmacodinâmicas e farmacocinéticas dos seus componentes, levando a diferentes aplicações terapêuticas. De uma forma geral, o uso terapêutico varia de acordo com a meia vida do medicamento (quantidade de tempo necessário para que a concentração plasmática do medicamento/fármaco seja reduzida pela

² O termo benzodiazepínico se dá pela presença de um anel benzeno fundido a um anel diazepínico de sete átomos, uma parte da estrutura destas drogas. Qualquer benzodiazepínico importante possuirá um substituinte 5-arílico e um anel 1,4-diazepina, e as diferentes modificações introduzidas nesta estrutura deram origem aos diferentes compostos com atividades semelhantes.

metade). Por exemplo, os anticonvulsivantes possuem meia vida longa e uma rápida entrada no cérebro, necessária para a eficácia no tratamento do mal epilético. Já para os hipnóticos, é necessária uma meia vida de eliminação curta de modo a tentar evitar sedação diurna, porém geram dependência e aumentam a gravidade da abstinência após a interrupção do uso crônico, enquanto que os ansiolíticos necessitam que a mesma seja longa, apesar da desvantagem do risco de déficits neuropsicológicos causados pelo acúmulo da substância (GOODMAN, 2010).

1.2 Farmacologia Clínica

A classe dos medicamentos benzodiazepínicos possui grandes variações nos espectros farmacodinâmicos e propriedades farmacocinéticas dos seus componentes, levando a diferentes aplicações terapêuticas.

Dentre os usos clínicos dos BZD podem ser descritos o alívio da ansiedade, insônia, sedação e amnésia antes e no decorrer de procedimentos médicos e cirúrgicos, tratamento da epilepsia e estados convulsivos, como componente da anestesia balanceada (em administração intravenosa), controle dos estados de abstinência de etanol e de outros sedativo-hipnóticos, relaxamento muscular em distúrbios neuromusculares específicos e como auxiliares diagnósticos e para tratamento em psiquiatria.

Os benzodiazepínicos continuam sendo amplamente utilizados no tratamento dos estados de ansiedade aguda e para o rápido controle de ataques de pânico. São igualmente bem utilizados no tratamento em longo prazo do TAG (transtorno de ansiedade generalizada) e dos transtornos de pânico. Os sintomas de ansiedade podem ser aliviados por numerosos benzodiazepínicos, porém nem sempre é fácil demonstrar a superioridade de um fármaco em relação a outro. A escolha de benzodiazepínicos para a ansiedade baseia-se em princípios farmacológicos bem definidos: (1) um índice terapêutico relativamente alto, (2) baixo risco de interações farmacológicas baseadas na indução de enzimas hepáticas, (3) efeitos mínimos sobre as funções cardiovasculares ou autônomas (KATZUNG, 2007).

1.3 Toxicologia

Os benzodiazepínicos são medicamentos psicotrópicos, pois podem gerar dependência física ou psíquica, sendo os eventos adversos mais comumente apresentados: sonolência, sedação, fraqueza muscular, ataxia, vertigem, dor de cabeça, confusão, depressão, fala arrastada, alterações na libido, tremores, distúrbios visuais, retenção ou incontinência urinária, distúrbios gastrintestinais, alterações da salivação e amnésia. Estes efeitos são mais sérios em idosos, podendo gerar sedação excessiva, tremores, lentidão psicomotora, comprometimento cognitivo e o problema da dependência. O uso concomitante com o álcool e em altas doses pode levar a sérias complicações, incluindo depressão respiratória grave com risco de morte, overdoses e acidentes de trânsito.

Entre os efeitos que podem ser observados com o uso prologado podemos citar a tolerância em graus variáveis (uso por mais de 1 a 2 semanas, com alterações dos padrões de sono), tolerância cruzada com outros sedativos e álcool, dependência psicológica e fisiológica (sendo que esta pode evoluir até um grau não observado com nenhum outro grupo de fármacos, incluindo os opióides) e abstinência com manifestações graves. Além disso, os sedativos-hipnóticos podem exacerbar os problemas respiratórios de pacientes com doença pulmonar crônica e daqueles com apnéia do sono sintomática (KATZUNG, 2007).

Por estas razões, os sedativo-hipnóticos devem ser utilizados com a cautela adequada, de modo a minimizar os eventos adversos. Deve-se prescrever uma dose que não comprometa a atividade mental ou as funções motoras durante as horas de vigília. As prescrições devem ser feitas por períodos curtos de tempo, visto que há pouca justificativa para um tratamento prolongado (definido como o uso de doses terapêuticas durante dois meses ou mais).

Além disso, o médico deve empenhar-se em avaliar a eficácia da terapia com base nas respostas subjetivas do paciente. É preciso evitar as associações de agentes ansiolíticos, e os indivíduos devem ser advertidos quanto ao consumo de álcool e o uso concomitante de medicamentos de venda livre contendo anti-histamínicos ou agentes anticolinérgicos.

Muitos dos eventos adversos comuns dos sedativo-hipnóticos resultam da depressão do sistema nervoso central relacionada com a dose. A administração de doses relativamente baixas pode produzir sonolência, comprometimento do discernimento e diminuição das habilidades motoras, algumas vezes com impacto significativo sobre a capacidade de dirigir veículos, desempenho no trabalho e relações pessoais.

Como os pacientes idosos são mais sensíveis aos efeitos dos fármacos sedativo-hipnóticos, a administração de doses aproximadamente iguais à metade daquelas utilizadas

em adultos mais jovens é mais segura e, em geral, igualmente efetiva.

O flumazenil reverte as ações sedativas dos benzodiazepínicos em caso de superdosagem (uso intravenoso), entretanto sua duração de ação é curta, seu antagonismo da depressão respiratória é imprevisível e existe risco de precipitar sintomas de abstinência em usuários crônicos.

1.4 Abuso, dependência e tolerância

As propriedades desejáveis percebidas de alívio da ansiedade, euforia, desinibição e promoção do sono levaram ao uso incorreto compulsivo de praticamente todos os agentes sedativo-hipnóticos.

Segundo Katzung (2007), a dependência é um fenômeno biológico frequentemente associado ao “abuso de drogas” e que repercute psicologicamente, e/ou fisiologicamente, no organismo humano. O mesmo autor assevera que o indivíduo com dependência psicológica manifesta um comportamento compulsivo de busca da droga, com o intuito de obter uma satisfação pessoal, mesmo que sabendo dos efeitos deletérios que provoca no seu corpo. A dependência fisiológica ou física se manifesta quando a droga é retirada de forma a produzir sinais e sintomas que não raro são contrários aos procurados pelo usuário. Enfatiza ainda que a dependência psíquica precede quase sempre a dependência fisiológica, mas não leva inevitavelmente à outra.

A abstinência ocorre após alguns dias da suspensão e pode ter manifestações graves e potencialmente fatais. Os sintomas de retirada dos benzodiazepínicos são irritabilidade, insônia, hipotensão ortostática, fono e fotofobia, depressão, câibras musculares e até mesmo convulsões, que diminuem em 1 a 2 semanas, e a gravidade destes sintomas difere entre os fármacos e também depende da magnitude da dose administrada imediatamente antes da interrupção do uso.

A tolerância, diminuição da responsividade a um determinado fármaco após exposição repetida, constitui uma característica comum do uso dos benzodiazepínicos. Pode resultar da necessidade de um aumento da dose necessária para manter a melhora sintomática ou para promover o sono. É importante reconhecer a ocorrência de tolerância cruzada parcial entre os sedativo-hipnóticos e também com o etanol, uma característica que possui relevante importância clínica.

O diagnóstico da dependência é muitas vezes controverso, especialmente em relação aos medicamentos psicotrópicos. A Organização Mundial da Saúde define-a de forma simples, pela necessidade de doses repetidas da substância de forma a se sentir bem ou para evitar sentir-se mal. “Quando o paciente precisa tomar doses repetidas da substância para evitar sentimentos ruins causados por sintomas de abstinência, a pessoa é dependente da droga”.

Já em relação às definições do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* da *American Psychiatric Association*), Nielsen, Hansen e Gøtzsch (2012) apontam para a falta de consistência e às mudanças na definição de dependência do DSM-III até o DSM-IV. No DSM-IV a dependência é caracterizada por sintomas causados pela descontinuação ou redução da substância, causando problemas físicos e psicológicos. Para se obter o diagnóstico da dependência, deve haver o preenchimento de alguns critérios não necessariamente apresentados como sintomas, mas sim comportamentais e relacionados a um padrão compulsivo com relação à substância.

Desta forma, pacientes podem ser considerados como não dependentes, já que existem outros critérios que devem ser preenchidos, difíceis de serem utilizados na clínica. Por exemplo, os benzodiazepínicos induzem a dependência, mas seu uso não necessariamente leva a fissura pelo medicamento assim como se observa em outras substâncias como opiáceos e álcool, o que pode levar a diagnósticos errôneos, com a afirmação de que o paciente possui somente Síndrome de Abstinência, um diagnóstico válido segundo o DSM.

Assim, se um indivíduo que utiliza determinado psicotrópico não preenche os critérios necessários, como por exemplo, um padrão de comportamento compulsivo com relação à substância, poderá haver uma maior margem para a medicalização com a continuidade da farmacoterapia, uma vez que o medicamento não está “causando” dependência.

Pelo descrito, verifica-se a importância da descontinuação do uso destes medicamentos, sendo a melhor estratégia a redução gradual da dosagem, acompanhada de suporte psicológico quando houver necessidade. Para pacientes que utilizam benzodiazepínicos como lorazepam, clonazepam, e alprazolam, há vantagens na redução do medicamento com a utilização do diazepam. Este possui um tempo de meia vida dos mais elevados (tempo de eliminação mais longo, permanecendo por mais tempo no corpo), proporcionando assim uma queda na concentração sanguínea de forma mais lenta (ASHTON, 2005).

2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Entre os transtornos mentais, encontra-se o Transtorno Mental Comum (TMC); descrito pela primeira vez em 1992, por Goldberg e Huxley, caracteriza-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, sensação de inutilidade e queixas somáticas que afetam o desempenho nas atividades diárias (Goldeberg, 1992). Frequentemente encontrado na comunidade, esse transtorno representa um alto custo social e econômico à sociedade, pois constitui causa importante de absenteísmo, além de elevar a demanda nos serviços de saúde (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

O termo tem sido utilizado para designar situações de saúde em que o indivíduo apresenta sintomas de depressão e/ou ansiedade em intensidade suficiente para interferir em suas atividades diárias (que trazem uma incapacitação funcional muitas vezes comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos); sem que necessariamente sejam preenchidos os critérios formais para esses diagnósticos psiquiátricos segundo as classificações atuais, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-V) e a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (DSM-V, CID-10, Goldberg e Huxley, 1992).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), cerca de 90% das pessoas com problemas de saúde mental apresentam manifestações de depressão e ansiedade, incluindo sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de memória e concentração e queixas somáticas.

Esse quadro clínico, em geral, não faz os pacientes procurarem a assistência necessária, e muitas vezes, quando procuram, são subdiagnosticados, podendo, desta forma, não receber o tratamento adequado. Além disso, este transtorno não é uma prioridade nas práticas de saúde; os profissionais raramente estão preparados para identificá-lo, e quando um caso é diagnosticado, constata-se uma dificuldade no acompanhamento dos seus portadores (MARAGNO et al., 2006). É importante lembrar que, embora inclua a palavra “transtornos”, esse título não se refere a um diagnóstico e pode, portanto, dar margem a equívocos.

Os TMC vêm sendo identificados como demanda de saúde mental característica da atenção primária; porém, quando se fala em saúde mental, as atividades estão restritas ao médico, à medicalização, à internação, além de estarem intimamente atreladas ao medo, à repressão e à discriminação, mesmo depois da mudança de paradigma proposta pela Reforma Psiquiátrica (RP), que visa garantir o acesso ao atendimento do público em saúde mental

respeitando seu direito à liberdade, bem como à integração com a família e a comunidade (BRASIL, 2007).

Em relação aos problemas de saúde mental na atenção básica, o TMC é a demanda mais frequente, seguido pelos transtornos relativos ao consumo de bebidas alcoólicas (Fonseca, 2007), e se torna ainda mais relevante se considerarmos a presença de comorbidades, que acabam por agravar o prognóstico de ambos os problemas, tanto por piora do quadro clínico principal quanto por aderência inadequada aos tratamentos propostos (MARAGNO; MELLO FILHO, 2006).

Por se apresentarem predominantemente através de queixas somáticas inespecíficas, há uma dificuldade no manejo correto dessas manifestações de sofrimento, levando ao subdiagnóstico (Maragno; Melo Filho, 2006), à prescrição abusiva de benzodiazepínicos e muitas vezes a encaminhamentos e exames desnecessários (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

A OMS patrocinou, na década de 1990, um estudo internacional epidemiológico, com o objetivo de verificar a prevalência de TMC nas populações atendidas pelas unidades de Atenção Básica de saúde em 15 países, incluindo o Brasil. Este estudo apontou uma alta prevalência de TMC, indicando uma taxa em torno de 23% em todos os países participantes.

Maragno e Melo Filho (2006) citaram pesquisas realizadas no contexto internacional nas quais a prevalência de TMC variou de 23,9% em comunidade rural na África do Sul a 52% em Santiago, Chile. Segundo Fortes, Villano e Lopes (2008), pesquisas internacionais apontam uma prevalência de 18% a 27% de TMC nas comunidades, apresentando taxas mais baixas do que as mencionadas por Maragno e Melo Filho (2006), mas confirmando os resultados encontrados no estudo da OMS. De acordo com os autores, os resultados da prevalência de Transtornos Mentais Comuns nas populações brasileiras variaram entre 19% e 40% (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

Na pesquisa realizada por Maragno e Melo Filho (2006), investigou-se a ocorrência de transtornos mentais comuns, em dois distritos do município de São Paulo, avaliando populações que se situavam dentro e fora da área de cobertura da ESF. Foi utilizada a escala de rastreamento SRQ-20, elaborada pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994) e validada para o Brasil por Mari e Williams (1986). Os resultados mostraram prevalência de 24,95% de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns. Não se verificaram diferenças significativas na prevalência de TMC entre as áreas dentro e fora dessa cobertura de serviço. Houve maior prevalência de TMC em pessoas do sexo

feminino, em idosos com mais de 65 anos e em indivíduos com menor escolaridade e baixo nível socioeconômico.

Fortes, Villano e Lopes (2008) pesquisaram a prevalência de Transtornos Mentais Comuns em usuários do PSF de Petrópolis, Rio de Janeiro. Foi utilizada uma amostra acidental composta por participantes atendidos pelo PSF, num período de 30 dias. Foi aplicado o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), para avaliar a prevalência de transtornos mentais comuns e o Composite International Diagnostic Interview (CIDI), para estabelecer o perfil nosológico. O estudo concluiu que os transtornos psiquiátricos diagnosticados como depressão e a ansiedade, pela entrevista com o CIDI, estavam mais associados aos Transtornos Mentais Comuns.

Em um estudo de 2014, realizado também em São Paulo com 2.366 indivíduos, investigou fatores de risco que contribuem para a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC), considerando distintos níveis contextuais: indivíduo, domicílio e setor censitário. A presença de TMC foi identificada pelo instrumento SRQ-20. Sexo, idade, escolaridade e ocupação foram características individuais associadas à prevalência de TMC. Foram encontradas associações entre características individuais e prevalência de TMC consistentes com a literatura internacional: ser do sexo feminino; ser mais jovem; ter pouca escolaridade; não ter ocupação. Além disso, algumas características dos domicílios (aglomeração e renda familiar) mostraram-se independentemente associadas à prevalência de TMC, mesmo após controle para características individuais. Esses resultados sugeriram que características do ambiente onde as pessoas vivem contribuem para sua saúde mental. (COUTINHO et al., 2014).

3 QUESTÕES NORTEADORAS

- a) Como se dá o processo de medicalização/farmacologização no âmbito da Saúde Mental, e mais especificamente envolvendo os fármacos benzodiazepínicos em Transtornos Mentais Comuns?
- b) Na perspectiva do usuário: o que entendem sobre o medicamento que utilizam? Como enxergam seu transtorno? O que procuram/anseiam no serviço de Saúde Mental estudado?

4 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral do estudo foi analisar aspectos da utilização crônica de fármacos benzodiazepínicos através da perspectiva de usuários de um serviço de Saúde Mental de um Centro de Saúde do município do Rio de Janeiro – RJ.

4.1 Objetivos específicos

- a) Compreender a partir destas narrativas, as razões pelas quais as pessoas começam a utilizar estes medicamentos e porque fazem uso contínuo;
- b) Apontar de que modo os entrevistados se defrontam com o uso e dependência do medicamento;
- c) Caracterizar os conhecimentos do paciente sobre as reações adversas e risco de dependência desta classe de medicamentos.

5 CONTEXTUALIZAÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Estatísticas do consumo de BZD no Brasil

No Brasil, a portaria que regulamenta estes e outros medicamentos é a Portaria n° 344 de 12 de março de 1998. De acordo com a mesma, os medicamentos são classificados em listas, de acordo com suas características. Os benzodiazepínicos pertencem à lista B1 (psicotrópicos). Os benzodiazepínicos constantes na lista de medicamentos sujeitos a controle especial, da Portaria n° 344/98 são: alprazolam, bromazepam, brotizolam, camazepam, cetazolam, clobazam, clonazepam, clorazepam, clorazepato, clordiazepóxido, clotiazepam, cloxazolam, delorazepam, diazepam, estazolam, fludiazepam, flunitrazepam, flurazepam, halazepam, haloxazolam, loflazepato de etila, loprazolam, lorazepam, lormetazepam, medazepam, midazolam, nimetazepam, nitrazepam, nordazepam, oxazepam, oxazolam, pinazepam, prazepam, temazepam, tetrazepam, triazolam (BRASIL, 1998).

Os medicamentos psicotrópicos podem ser dispensados em farmácias ou drogarias mediante o cumprimento de requisitos específicos. A receita deve ser aviada por profissional habilitado, ser preenchida com todos os dados necessários (como dados pessoais do prescritor e do paciente) e deve vir acompanhada de uma Notificação de Receita B, de cor azul e devidamente preenchida. A notificação possui validade de 30 dias contados a partir da sua emissão, e deve ficar retida na farmácia para controle da Vigilância Sanitária. Pode conter quantidade de medicamentos para o tratamento correspondente a no máximo sessenta dias. Os rótulos das embalagens destes medicamentos devem conter uma faixa horizontal preta com os dizeres “Venda sob Prescrição Médica” – “O abuso deste Medicamento pode causar Dependência”

Em 2003, o Ministério da Saúde publicou o documento “*Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*” (BRASIL, 2003), que traz dados relevantes levantados pela Organização Mundial de Saúde, como o índice de 3% da população com “transtornos mentais severos e persistentes” e que necessita de cuidados contínuos, e 9% com “*queixas psicossomáticas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves que procuram pela UBS (Unidade Básica de Saúde) de sua área de referência*”, sendo esta demanda o principal foco de estudo da presente pesquisa.

De acordo com o Boletim Farmacoepidemiológico do SNGPC (Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados) (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010), em uma análise entre os anos de 2007 a 2010, os medicamentos controlados mais consumidos no país foram os benzodiazepínicos. O clonazepam, bromazepam e alprazolam lideram as estatísticas (1º, 2º e 3º lugares, respectivamente) em todos os anos de análise. Ainda é importante notar o aumento do consumo destes medicamentos ao longo dos anos. O consumo do clonazepam passou de 4 (quatro) milhões para 10 (dez) milhões de Unidades Físicas Dispensadas (UFD – caixas vendidas de medicamentos), de 2008 para 2010. Outro dado alarmante, segundo o Boletim, é o de que a classe dos psicotrópicos, onde se encontram os benzodiazepínicos, representa 15% dos medicamentos comercializados em farmácias e drogarias do país.

O INBC (*International Narcotics Control Board*, 2013), revela dados sobre a produção e o consumo de tais substâncias. A Europa é a região com a maior média nacional de consumo, seguida das Américas, Oceania, Ásia e África. O diazepam continua sendo o ansiolítico mais comercializado e consumido em todas as regiões do mundo. O Brasil se configura entre os maiores importadores de diazepam do mundo, em 5º lugar, ficando atrás da Dinamarca, EUA, Alemanha e Suíça. Em 2010 os 12 maiores importadores representaram juntos 65% de todas as importações desta substância. Em 2010 o Brasil ficou em 2º lugar no ranking dos maiores consumidores mundiais de diazepam.

O documento do MS “*Saúde Mental Cadernos de Atenção Básica, nº 34*”, de 2013, alerta para os riscos do uso continuado dos BZD, definindo-o como uma “pandemia” e sugerindo evitar ao máximo sua utilização (BRASIL, 2013):

“Os benzodiazepínicos são os “campeões de audiência” em termos de utilização no Brasil (e colocam o Brasil no topo de ranking dos países que mais os consomem). Ambigualmente, são motivo de revoltas e tabus no dia a dia das unidades, com usuários implorando por renovação de receitas e médicos contrariados em fazê-lo. Enfrentar esta **pandemia** (dada a cronicidade das altas taxas de uso) deve ser tomada como uma responsabilidade compartilhada. Os benzodiazepínicos conseguiram justamente se popularizar por terem efeitos ansiolíticos com baixo risco de morte, quando comparados aos barbitúricos. Talvez por isso, ocupam um lugar particularmente importante no imaginário popular e, em algumas **práticas cronicadas** dos serviços de saúde, podem funcionar como um escape para a impotência do profissional diante das queixas e sintomas subjetivos dos pacientes, sem um equivalente orgânico. Lamentavelmente, esta prática produz a **medicalização de problemas pessoais, sociofamiliares e profissionais**, para os quais o paciente não encontra solução e acaba por acreditar na potência mágica dos medicamentos. O uso continuado provoca fenômenos de tolerância (necessidade de doses cada vez maiores para manutenção de efeitos terapêuticos) e dependência (recaída de sintomas de insônia e ansiedade quando da suspensão abrupta do uso). Outros efeitos bastante comuns são os déficits cognitivos (perda de atenção, e dificuldade de fixação), que tendem a se instalar no curso da utilização desses medicamentos. É fundamental considerar que, para o **manejo de longo prazo para**

queixas crônicas de “ansiedade”, é mais interessante incluir alguma medicação “antidepressiva” (amitriptilina, fluoxetina etc.). Vale a pena esgotar as opções destes “antidepressivos” (substâncias e doses) e resguardar ao máximo o uso dos benzodiazepínicos.

5.2 Medicalização do sofrimento mental

“Científica, empírica ou religiosamente, todos buscam o remédio total, a cura total, a transformação do doente por um toque de encantamento.” (Sayd,1995, p. 166).

5.2.1 O conceito de medicalização

A estrutura lógica e epistemológica da medicina produz efeitos concretos na saúde das pessoas e a materialização dos princípios da terapêutica consiste em sua arma mais poderosa de combate à doença, o remédio. Ao se receitar um medicamento, indiretamente está se receitando a própria medicina como estrutura de saber/prática capaz de modificar o curso do processo saúde/doença, e sua racionalidade terapêutica encontra-se então reproduzida (LUZ, 1988 apud Sayd,1995).

Sayd (1995) sugere pensar os dilemas da medicina e da terapêutica desde suas origens etimológicas, destacando o papel do médico como mediador; medicina, mediação; remédio, instrumento de mediação. Sendo a prescrição dos psicofármacos, um dos objetos deste estudo, um ato médico por excelência, o aprofundamento desta discussão torna-se relevante no âmbito da medicalização, especificamente no âmbito do sofrimento mental, e do uso irracional destes medicamentos. O papel do médico como mediador deste processo será discutido mais adiante.

A medicalização é um processo social complexo, gerado por inúmeros atores em uma rede de coprodução, presente em todos os níveis de atenção à saúde, e que se encontra profundamente arraigado nas práticas e concepções de saúde/doença.

Na trajetória evolutiva destas concepções e práticas, poderiam ser considerados alguns paradigmas que, começando com a visão mágico-religiosa, na antiguidade, termina na abordagem do modelo biomédico, predominante nos tempos atuais (SAYD, 1995).

Essa forma de se configurar a medicina hoje denominada biomedicina, pela sua estreita vinculação com disciplinas oriundas das ciências biológicas, possui seu referencial na

doença e na lesão, sendo o objetivo principal do médico identificar a doença e a sua causa. Basta remover a causa para que haja a cura da doença (CAMARGO JÚNIOR, 2006).

Camargo Júnior (2003) define o raciocínio preponderante na formação médica como aquele centrado em um paradigma no qual o paciente é enquadrado em determinadas categorias a fim de proporcionar um diagnóstico e uma indicação terapêutica. A concepção de doença nesta racionalidade biomédica é uma vaga noção implícita nos discursos e especificada em uma classificação de doenças tal como a CID. Neste sentido, as doenças são tratadas como categorias universais, independentes do contexto individual e social, tornando-se *coisa*. Sendo coisas, as doenças possuem existência concreta, fixa e imutável, e devem ser então, corrigidas por algum tipo de intervenção concreta (medicamentosa ou cirúrgica).

Sayd (1995) destaca que essa tendência se acentuou ao máximo após o advento da teoria microbiana, quando a força da medicina passou a se assentar sobre um consenso, uma verdade científica, inquestionável, e citando Luz (1988), destaca que esta naturalização das leis, que faz parte da chamada racionalidade científica moderna, não se restringe à medicina, mas compõe uma visão de mundo abrangente, aproximando-se das ciências sociais.

Assim, o paradigma que prevalece na medicina ocidental contemporânea privilegia os aspectos objetiváveis que são traduzidos como doença, deixando de lado o universo subjetivo do sofrimento. A redução da concepção de saúde à mera ausência de doenças exclui do escopo do processo saúde/doença fatores sociais ou individuais, trazendo uma ênfase excessiva nas tecnologias “duras” nos diagnósticos e à redução da terapêutica à prescrição medicamentosa (CAMARGO JÚNIOR, 2007).

Sayd (1995) atenta para o fato de que a existência da doença como artifício metodológico que facilita o entendimento do sofrimento perde o sentido se, em vez de instrumento de mediação, se tornar um método de ignorar o doente e privilegiar uma luta abstrata entre o médico e uma instância metafísica, a doença com existência própria.

Foucault concentra seus estudos sobre o fenômeno da medicalização na visão de que medicina estaria em todos os campos de atividade, impondo-se ao indivíduo, doente ou não, como uma autoridade. As preocupações da medicina afetam e dirigem condutas em diversos níveis, e tudo se torna medicalizado: regras de higiene, moral sexual, regras de alimentação, ritmo de vida, conduta cotidiana, nos mais variados aspectos, inclusive o julgamento da imputabilidade criminal na psiquiatria forense. Ao investir na patologia, não só regulamentase como também controlase a sociedade, adquirindo, assim, o ônus da responsabilidade em todos os setores da vida (FOUCAULT, 2013).

Foucault também aponta o aspecto econômico na medicina, constatado pelo fato de a

saúde ter se tornado objeto de consumo e lucro para variados setores. Dessa forma, se no século XVIII a medicina é agente político-econômico por ser instrumento de manutenção e reprodução da força de trabalho dentro do funcionamento da sociedade moderna, a partir da segunda metade do século XX, ela é capaz de produzir riquezas.

Com a instalação gradual da medicalização, especialmente nas sociedades ocidentais, um número crescente de problemas da vida passou a ser definido como problemas médicos. O problema passa a ser definido em termos médicos, descrito a partir da linguagem médica, e tratado, portanto, com uma intervenção médica.

Desta maneira, observamos o surgimento de novas categorias de doenças e, no campo da Psiquiatria, processos normais da vida como ansiedade, humor, dentre outros, foram progressivamente medicalizados. Este processo pode ser visto, por exemplo, no aumento do número de diagnósticos encontrados no DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), que subiu de 106 em 1952 para 297 em 1994 (na quarta edição do manual), e na edição mais recente, de 2013, ultrapassam 300 doenças.

Existem inúmeros conceitos de medicalização - incluindo a variante da “farmacologização”, que nos interessa neste estudo e discutida mais adiante – utilizados para estudar as relações complexas entre saúde e sociedade.

Segundo Conrad (2007), o conceito de medicalização refere-se a um processo onde problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como médicos, adquirindo o status de doenças e distúrbios. Vários fatores teriam impulsionado o avanço da medicalização, como a expansão da jurisdição médica, luta de grupos de pacientes para o reconhecimento de determinadas doenças, a indústria farmacêutica, seguradoras de saúde e diminuição da tolerância das pessoas a sintomas leves.

O autor estabelece graus de medicalização, dependendo da elasticidade de uma categoria médica, que pode ser circunscrita ou pode expandir para incorporar outros problemas. Considera ainda que algumas condições são mais medicalizadas que outras, como as doenças mentais, que são totalmente medicalizadas. Outras estratégias apontadas para o aumento do consumo de medicamentos são as campanhas de conscientização sobre as doenças, através da opinião de especialistas e pacientes, o que gera condições para a validade do diagnóstico.

A fluidez das categorias médicas, principalmente no âmbito da psiquiatria, permite a expansão de seu domínio, cujas definições e limites tornam-se mais amplos, podendo assim incluir condições semelhantes ou relacionadas. Novos problemas ou problemas relacionados são enquadrados na categoria diagnóstica, e o problema gerado diante deste raciocínio é que

mais pessoas podem ser consideradas doentes, tornando-se potenciais consumidores de medicamentos (CONRAD, 2007).

Para Angell (2005), as pessoas passaram a utilizar uma quantidade muito maior de medicamentos, com gastos muito expressivos, de forma que nos tornamos uma sociedade hipermedicada. A indústria farmacêutica possui uma variedade de estratégias para que este fenômeno se mantenha e se torne cada vez mais expressivo, dentre elas a produção e difusão do conhecimento.

Neste ponto, o conhecimento está atualmente cada vez mais sob controle de interesses comerciais privados, caracterizados por conflitos de interesses que resultam em abusos de poder. A ideia amplamente difundida de que “mudanças importantes e frequentes” ocorrem na medicina, ainda que sem claro apoio em evidências, é uma ferramenta de marketing efetiva das indústrias farmacêutica e de publicação, que se alimentam da insegurança dos médicos (CAMARGO JÚNIOR, 2009).

Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2014) fazem um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950 e 2010, destacando a excessiva generalidade do termo e preocupação com a consequente perda de precisão teórica em sua utilização. Os autores apontam quatro principais sentidos possíveis do termo, não necessariamente excludentes: 1) as estratégias massivas de sanitização da população; 2) a transformação de comportamentos considerados desviantes em doenças; 3) a ação do controle e imperialismo médico; 4) a participação de atores fora do campo da medicina; sendo para este trabalho os sentidos enumerados nos itens 2 e 3 os de maior interesse à discussão no campo da saúde mental.

Através da definição de comportamentos transgressivos e desviantes das normas sociais vigentes como transtornos médicos, o consequente alargamento do conceito de doença mental passa a incluir também os incapazes de gerenciar suas vidas, e se torna um território de expansão e institucionalização da *expertise* psiquiátrica.

Em relação ao controle social e imperialismo sanitário – especialmente no campo da psiquiatria – os autores citam o processo de classificação de processos como o crime, a loucura, o pecado e a pobreza em categorias de doenças. Tomando a obra de Illich (1975), o qual destaca as diversas formas de iatrogenia (clínica, social e cultural), a medicalização pode ser vista como um processo amplo, exercido por diferentes estratégias médicas para rotular, descrever, autorizar experiências com o corpo, legando aos indivíduos uma perda de autonomia para lidar com seu sofrimento. Os pacientes seriam colocados no lugar de vulneráveis e demandantes da atenção médica, sendo alvos passivos das estratégias de

mercado e da indústria farmacêutica. A nomeação médica ofereceria não somente uma apassivação dos indivíduos classificados, com o consumo acrítico de medicamentos disponíveis, mas uma organização para males e perturbações, dando coerência aos sintomas.

Porém, os fatores geradores de iatrogenia não se limitam a efeitos inesperados de mecanismos biológicos, físicos e químicos, mas também, e principalmente, resultam do arcabouço teórico-conceitual do saber-prática médicos, e estão inscritos nas raízes epistemológicas da biomedicina. Este modelo gera consequências como a desvalorização da subjetividade do paciente (e do próprio médico) e a farmacologização excessiva, que configuram uma propensão iatrogênica intrínseca (CAMARGO JÚNIOR, 2005).

O termo farmacologização, considerada uma das lógicas dentro do conceito de medicalização, no contexto desta pesquisa se torna uma importante ferramenta para entendermos o fenômeno da medicalização através do uso inadequado, com possíveis riscos iatrogênicos, dos fármacos benzodiazepínicos.

Conceituada por Williams, Martin e Gabe (2011) como a tradução ou transformação de condições, capacidades e potencialidades humanas em oportunidades para intervenções farmacológicas, a farmacologização pode compreender inúmeras situações de uso de medicamentos, dentre as mais significativas neste estudo: a auto-medicação; o uso por tempo prolongado ou indeterminado baseado na experiência pessoal do prescritor; para supressão de sintomas somáticos ou psíquicos com causa bio, psico ou social; como principal intervenção terapêutica dentre as inúmeras possibilidades de se responder à demanda; e como principal demanda dos próprios usuários na busca de soluções para seus problemas de saúde.

O consumo de medicamentos faz parte de um processo cíclico onde os consumidores também ditam como devem tomar, ora convencendo a prescrever, ora se automedicando, ora prescrevendo ou influenciando diretamente outros usuários ao consumo. Por isso, não reduzimos a medicalização à relação médico-paciente (CONRAD, 1992).

Neste processo, é crescente a importância do usuário como ator-consumidor no mercado do complexo médico industrial/financeiro³ (CMIF), onde a ideia da normalidade psíquica e adaptação aos sofrimentos emocionais ultrapassam o cotidiano dos serviços de saúde e imperam como controle social e campo de atuação para categorização diagnóstica

³ O conceito de complexo médico-industrial (CMI) tem sido utilizado desde a década de 80 no Brasil com o propósito de ressaltar as múltiplas e complexas inter-relações estabelecidas entre os diversos atores do Setor saúde e destes com os demais setores da economia. O advento de um conceito de complexo médico-industrial-financeiro (CMIF), no qual o capital financeiro procura tornar-se hegemônico por meio de um papel regulatório, é resultado de sucessivas estratégias de transformação dos modelos de prestação do cuidado a partir do questionamento das necessidades de consumo criadas pela indústria e contrabalançadas pela sua capacidade [dos grupos financeiros] de cooptação dos prestadores de serviços de saúde, inclusive através da subsunção das evidências médicas ao interesse das grandes empresas (MENDONÇA; CAMARGO JÚNIOR, 2012).

pela psiquiatria.

5.2.2 Normalidade, subjetividade e produção social de transtornos mentais

“Ora, a clínica não é uma ciência e jamais será uma ciência, mesmo que utilize meios de eficácia cada vez mais cientificamente garantida. A clínica não se separa da terapêutica e a terapêutica é uma técnica de instauração ou de restauração do normal, cujo fim, ter satisfação subjetiva de saber que uma norma está instaurada, escapa à jurisdição do saber objetivo (CANGUILHEM, 2000, p. 185).

Para Sayd (1995), a medicalização da sociedade contemporânea (embora longe de atingir os objetivos de extinção das doenças por controle absoluto da salubridade do meio e dos costumes das pessoas), exerce, sem dúvida, um papel regulador importante. É um dos elementos de peso na disciplinarização dos cidadãos, uma força política tentando impor normas de condutas morais, travestidas de preceitos com base científica médica. Este processo está tão entranhado em nossa cultura que se tornou inteiramente natural; pensa-la sem os critérios medicalizados de decisão pode parecer absurdo.

Como apontou Foucault em seus estudos sobre as questões do poder, desde a formação das clínicas e das reformas dos hospitais, a medicina já nasceu social, definindo políticas de controle e organização. O homem, como produção do poder, é resultado do adestramento do corpo, do aprendizado do gesto, da regulação do comportamento, da normalização do prazer.

Assim, tem-se a ideia de sociedade como organismo; e esta naturalização da realidade social corresponderia a uma espécie de jurisprudência biológica: a doença passa a ser uma infração ou delito frente à sociedade. O sujeito não possui mais a saúde para si, ele é uma máquina de riquezas que não tem o direito de se deixar estragar.

O poder político da medicina consistiria em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos. Assim, para o autor, a psiquiatria, ao invés de descobrir a essência da loucura e a libertar, é a radicalização de um processo de dominação do louco.

A mecânica do poder, que se expande por toda a sociedade, alcançaria até mesmo o

controle detalhado do corpo – gestos, atitudes, comportamentos, hábitos, discursos. Além de constituírem uma anátomo-política do corpo humano, os dispositivos de poder também se realizariam por uma “biopolítica da população”, por um “biopoder” que age sobre a espécie humana.

Neste contexto, as noções de normal e patológico, onde o patológico é o desvio do normal, são compartilhadas e servem para avaliar o estado de saúde dos indivíduos e as condutas sociais. Tanto a sociedade se torna natural quanto a biologia se torna social. A diluição gradual da singularidade de cada ser humano concorreu para a perda da noção de uma saúde individual, um estado de excelência próprio a cada ser, para sua substituição pela ideia de “normal”. Para a medicina contemporânea, as ideias de saúde, ou cura, são metafísicas; e estão substituídas pelas de normal e esta normalidade significa, em última instância, ausência de doença (SAYD, 1995).

Neste sentido, a subjetividade inerente aos “transtornos mentais” e ao que é considerado “normal” ou “patológico” na dimensão das emoções, pode tornar-se um espaço para atuação da biomedicina e do “biopoder”, através da classificação dos sintomas “psicológicos” em categorias diagnósticas passíveis de intervenção e, em sua forma mais radical, de medicalização de todo tipo de sofrimento ou “desvio” do padrão de normalidade imposto socialmente. Os desenvolvimentos da medicina, a medicalização geral do comportamento, dos discursos, dos desejos, etc., se dão onde os dois planos heterogêneos da disciplina e da soberania se encontram. (Foucault, 2013).

A esse respeito, Canguilhem (2000), referindo-se a Comte, nos diz: “qualquer concepção de patologia deve basear-se num conhecimento prévio do estado normal correspondente, mas, inversamente, o estudo científico dos casos patológicos torna-se uma etapa indispensável de qualquer pesquisa das leis do estado normal.” Para o autor, não existe fato que seja normal ou patológico em si, e sim em relação a uma norma que, em matéria de patologia, é, antes de tudo, uma norma individual.

Nesta perspectiva, o normal refere-se a uma forma de funcionamento que rege o organismo e o que caracteriza a saúde é a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual. Assim, a doença seria um novo modo de vida, sendo a experiência vivida pelo doente impossível de ser compreendida pelo médico através dos seus relatos. Canguilhem enfatiza, nesse ponto, que cabe ao próprio ser vivo caracterizar o que é a doença. Ser saudável, portanto, é ser normativo, é ser capaz de construir novas normas que atendam às exigências oriundas do ambiente e remete a um posicionamento que oscila entre estabilidade e transformação.

Camargo Júnior (2006) aponta que, na medida em que é consensual o alto grau de subjetividade que envolve a prática médica, é necessário estabelecer uma discussão sobre a biomedicina, trazendo à tona uma reflexão sobre o lugar que os fenômenos subjetivos relacionados ao adoecimento ocupam nesse modelo. O autor entende que a subjetividade do adoecimento - isto é, a complexidade e a singularidade do sofrimento humano e, mais ainda, a sua dimensão fenomenológica, experiencial - nunca chegou a ser objeto das ciências biomédicas, uma vez que o modelo da medicina ocidental é herdeiro da racionalidade científica moderna.

Utilizando como principal instrumento de análise a epistemologia, com destaque especial a Thomas Kuhn e às noções de “paradigma e anomalia”, e à contribuição de Ludwick Fleck com os conceitos de “exceções das teorias e a tendência à persistência nos sistemas de ideias”. O autor defende que se entendemos as manifestações somáticas sem causas explicáveis pela biomedicina como um fenômeno anômalo no sentido kuhniano, devemos nos ater a como as mesmas se expressam em um paradigma biomédico. Apesar das respostas habituais dos médicos aparecerem no sentido de negar a existência de uma doença, é possível detectar na prática médica o reconhecimento de “algo que não estava previsto” no seu modelo paradigmático, algo que escapa ao saber teórico-prático aprendido – a sintomatologia sem a presença de uma doença reconhecida pela biomedicina.

Quando há algo não previsto em um modelo, sempre ocorre uma tentativa de incorporar o imprevisto em previsível, e em biomedicina, isso se daria, sobretudo, pela categorização. Porém, a biomedicina possui recursos teóricos e cognitivos insuficientes para se defrontar com demandas que não se incluem nas bases científicas objetivas e organicistas.

Neste sentido, nem todas as manifestações da doença podem ser explicadas a partir do modelo doença/lesão e seus correspondentes; e aquelas que não se encaixam nos referenciais da biomedicina tornam-se um problema para o diagnóstico, colocando em xeque o saber médico, já que estes pacientes possuem persistentes sintomas físicos sem que o médico possa detectar uma doença. Tais pacientes ocupam, assim, um lugar de marginalidade na prática médica, e não conseguem se encaixar nos serviços e tratamentos oferecidos nas instituições de saúde – surgindo daí o uso da expressão “às margens da Saúde Mental”, para identificar os pacientes sujeitos de pesquisa deste trabalho.

Na biomedicina, por exemplo, isto ocorre nas situações dos chamados “quadros mórbidos mal definidos”, “somatizações”, “sintomas de origem psicológica”, zona cinzenta onde o desencontro terapêutico é frequente. As respostas tradicionais têm sido de negar o sofrimento – recusando o cuidado - ou de tentar forçá-lo no molde da doença, decodificar as

falas dos pacientes em sinais médicos - medicalizando o sofrimento, que frequentemente ocorre, como a prescrição de tranquilizantes (CAMARGO JÚNIOR, 2007).

Tomando emprestados alguns conceitos da discussão de Ayres, Camargo Júnior (2007), toma o sentido restrito de *doença*, designando-a como um conjunto de obstáculos à plena fruição dos projetos de felicidade dos indivíduos, obstáculos passíveis de controle ou mesmo eliminação por meio do conjunto de saberes, práticas e técnicas da biomedicina.

Torre e Amarante (2011), ao estudar a obra de Foucault sobre a loucura na perspectiva da psiquiatria como peça de poder na estratégia de controle e dominação/sujeição do indivíduo dito 'louco', destacam o Poder Psiquiátrico como controle dos comportamentos da sociedade fixando uma norma de comportamento "normal" e a noção de anormalidade para enquadrar os desviantes do modelo e adequá-los ao padrão ou excluí-los nas instituições de controle e correção. Assim, a questão da loucura e sua relação com a Razão, e a captura da loucura como problema médico, na raiz da modernidade, foi ao mesmo tempo uma das bases para o nascimento das ciências humanas e uma das bases para a consolidação do próprio capitalismo.

Para Foucault (2013), a reforma psiquiátrica, que podemos entender evolutivamente como "des-hospitalizante", é uma tentativa de deslocar esta relação de poder e de reduzir a doença a seu mínimo. E é neste contexto que começa a inserir-se mais fortemente a psiquiatria farmacológica. O paciente passa a ser visto progressivamente como "mais como um consumidor potencial de bens médicos que como um sujeito doente a ser, se não curado, ao menos aliviado em seu sofrimento pelo cuidado médico". Além disso, pelo fato de priorizar a diagnose das patologias e a investigação biomédica que atinge a níveis cada vez mais microanalíticos, esta psiquiatria não dedica uma cuidadosa consideração pelo sujeito humano sofredor (CAMARGO JÚNIOR, 2007).

Considerando que a terapia medicamentosa é atualmente indicação prioritária das intervenções médico-psiquiátricas, associada a procedimentos diagnósticos edificados no discurso científico, pode-se reconhecer a importância do paradigma do discurso biomédico na produção de verdade acerca do sofrimento psíquico e sua cura.

Se a psiquiatria clássica, de forma geral, esteve às voltas com fenômenos psíquicos não codificáveis em termos do funcionamento orgânico, guardando espaço à dimensão enigmática da subjetividade, a psiquiatria contemporânea promove uma naturalização do fenômeno humano e uma subordinação do sujeito à bioquímica cerebral, somente regulável pelo uso dos remédios. (GARIDO, 2007).

“Há uma psiquiatrização ocorrendo na sociedade. Já existem 500 tipos descritos de transtorno mental e do comportamento. Com tantas descrições, quase ninguém escaparia a um diagnóstico de problemas mentais. [...] Coisas normais da vida estão sendo encaradas como patologias. [...] Houve um excesso de diagnósticos psiquiátricos. Essa variedade atende mais aos interesses e à saúde financeira da indústria que à saúde dos pacientes”. (SILVA, 2001, p. 11).

Neste pensamento, Amaro e Sass (2013) reforçam a ideia de que o sofrimento psíquico pode estar relacionado ao excesso de padronização e hegemonização social sobre o indivíduo, que acaba incorporando a lógica social reprodutiva e adocece em nome desta mesma sociedade que visa o ajustamento dos sujeitos, sendo que esse ajustamento imposto e autoritário, em muito favorece o adoecimento psíquico. Para os autores, o adoecimento tem uma história única em cada paciente, e é urgente dar voz a cada história de um jeito único.

Zorzanelli (2014), em sua pesquisa sobre a criação de diagnósticos ao longo da história da psiquiatria, atenta para o fato de que as classificações não são espelhos da realidade, mas construções que organizam nosso olhar sobre a realidade, demarcando fronteiras normativas entre experiências, seres e objetos. Os sistemas classificatórios criados pela psiquiatria, em especial o conjunto das edições dos DSMs, alcançam importância cultural decisiva, por refletirem no interior de sua lógica aspectos constitutivos da cultura e por se tornarem verdadeiros atores sociais, com forte poder de agenciamento na vida subjetiva dos indivíduos.

Observa-se na evolução do DSM, em especial sua última edição (DSM-V), a diminuição dos limites do que se poderia classificar como normalidade psíquica e a transformação da emocionalidade em material objetivo e abordável pela pesquisa científica, passando a ser coletada como emoção pura, essencialista e fora do seu contexto. A ideia de “transtorno sem sujeito” começa a se desenvolver, por exemplo, com a transformação da ansiedade psicológica ou subjetiva em uma ansiedade biológica, onde o transtorno é considerado como um déficit de substância neuronal, e a medicação entraria assim, de modo compensatório (“Transtorno de Ansiedade Social”). Como destaca Zorzanelli (2014), esta mudança na concepção, mais fortemente presente a partir do DSM-III, reflete os efeitos da introdução dos psicofármacos na prática psiquiátrica, que começa no início da década de 50.

Neste sentido, a patologização da vida cotidiana, pelo predomínio do paradigma biológico em detrimento de concepções psicossociais, pela infiltração do vocabulário psicopatológico na construção de identidades culturais com a reificação das doenças como se fossem entidades concretas em si mesmas, contribui para esta nova pragmática da cura que exige que se defina como patológico o que as medicações tratam, com a perda da capacidade

das pessoas em utilizar seus próprios recursos para lidar com o sofrimento e os problemas da vida.

Partindo do pressuposto que as diversas categorizações da “loucura” existentes favorecem, ou não, a circulação de pacientes pelos serviços de saúde, Figueirêdo (2013) analisou os discursos de pessoas em sofrimento psíquico, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) da cidade de Itaporanga - PB, através de observações participantes e rodas de conversa. Considerou-se neste estudo que os usuários tentaram se afastar das categorias *louco, doido, maluco*; fazendo uso do discurso da psiquiatria, da psicologia, da psicanálise, da reforma psiquiátrica e do discurso religioso. Além disso, os usuários sustentaram o argumento de que o louco é o outro, numa tentativa de se distanciarem de classificações e de lugares que levariam à exclusão, como o hospital psiquiátrico, aproximando-se do CAPS I, ou de outros espaços sociais, os quais não trariam consigo o estigma da loucura.

Desta forma, os usuários recorreram ao discurso do campo médico-psiquiátrico a fim de legitimarem os espaços de reclusão como aqueles que seriam ideais para o armazenamento e o tratamento da loucura. Desta forma, o discurso médico continua se mantendo e se reproduzindo na sociedade, através de termos, que povoam o cotidiano dos sujeitos, inclusive daqueles que apresentam sofrimento mental.

A autora aponta, porém, a importância de considerarmos que quem referencia os sujeitos em sofrimento psíquico para esses espaços (CAPSs) são os psicólogos, os médicos, os assistentes sociais, dentre outros profissionais, que classificam e medem a psique, elencando problemas do cotidiano e prescrevendo modos de cuidar para essas pessoas. Desse modo, refletindo até que ponto esses profissionais legitimam o encaminhamento das pessoas em sofrimento mental para a cadeia, para o hospital psiquiátrico, para o manicômio, dentre outros locais de reclusão, a autora sugere assim, uma nova questão de pesquisa, com a necessidade de realização de outros estudos.

5.2.3 O papel do prescritor

“A cura é, em essência, o resultado do processo de relacionamento do doente com o mundo, o médico e a prescrição” (Sayd, 1995, p.175)

Sayd (1995) aponta que a instância da relação médico-paciente está inteiramente codificada e submetida à de uma *Ordem Médica*, definida por Clavreul como uma entidade

criada pela medicalização, que recomenda remédios e regimes de vida, faz publicidade de produto e impediria a relação médico-paciente, ao se interpor como uma “instituição abstrata a dominar todo o saber, instituição plena de normas impessoais cuja finalidade única é a disciplina, jamais o prazer ou a alegria de viver”.

Esta medicina baseada no papel do médico como representante de um corpo de normas e conhecimentos vem sofrendo inúmeras críticas, principalmente a partir dos anos sessenta e setenta. Neste modelo o profissional não “cuida” do doente, apenas controla sua doença, racionaliza e disciplina seus medos e o obriga a ser obediente às regras de boa conduta, tanto as relativas a evitar a doença como as relativas ao papel de doente, o envidar esforços para voltar ao normal.

O médico situa-se entre o doente e um saber, e desta mediação surge uma outra, de rede mais complexa: o remédio. De mesma origem etimológica, o remédio, *per si* já é uma forma de mediação, agora entre o doente e o médico. Levando em conta que o remédio é a coisa concreta que melhor expressa a aplicação do conhecimento a cada doente singular, uma prescrição é uma forma de relacionamento entre doente e médico.

Contudo, o empirismo próprio à terapêutica faz com que esta não possa ser qualificada como racional e baseada em critérios científicos. O desejo do médico em ser terapeuta e suas dificuldades para encarar com mais profundidade os usos do medicamento, estão relacionados, em parte, na imprevisibilidade e no caráter inerente à droga de um produto de racionalidade parcial.

Desta forma, a evolução do estudo da farmacologia, com o conhecimento das estruturas moleculares e dos receptores celulares, não eliminou, na terapêutica, um caráter de empirismo e imprevisibilidade. Goodman (2010) recomenda, em um dos textos clássicos do estudo da farmacologia, considerar cada tratamento individual como um experimento.

Sayd (1995) aponta que o olhar fragmentador das ciências médicas e o esquecimento da natureza do homem como fenômeno ímpar como organismo que se auto-regula, se adapta e é capaz de, até certo ponto, criar suas próprias condições de saúde, acaba por desqualificar o exercício terapêutico de observar o doente, esperar e confiar, dificultando o tratamento individualizado.

Os médicos, ao buscar a objetividade dos exames clínicos, relegando a segundo plano a observação clínica, não se atentam para o fato de que os dados produzidos nos exames, por mais objetivos que sejam, sempre vão passar por um processo interpretativo (CAMARGO JÚNIOR, 2003).

Em especial na área da psiquiatria, a discussão sobre a figura do médico como um

controlador mais do que um terapeuta, teve particular vigor, onde podemos destacar os estudos de Foucault, em especial “A casa dos loucos”, “Vigiar e Punir” e “História da Loucura”. Para o autor, as técnicas e procedimentos estabelecidos no internamento psiquiátrico, faz do médico o personagem de “mestre da loucura”, aquele que faz a loucura se manifestar em sua verdade quando ela se esconde e aquele que a domina. O hospício seria o local de produção do louco como doente mental, personagem individualizado a partir da instauração de relações disciplinares de poder.

Zanello (2011) investigou as concepções implícitas acerca da loucura e de sua cura nas perguntas realizadas por psiquiatras em 88 consultas em um setor de internação de um hospital psiquiátrico público de Brasília - DF. Os dados levantados apontam para a presença de uma noção reificada da loucura como doença mental, cujos traços concretos seriam os sintomas mentais listados nos principais compêndios psiquiátricos, DSM e CID. O medicamento apareceu como a principal solução e sua prescrição como a forma privilegiada de tratamento.

Observou-se nas entrevistas de evolução, superficiais e extremamente curtas, uma valorização do sintoma mental, porém o mesmo é tratado de forma objetiva, em um sistema de classificação binário (presença/ausência), sem o aprofundamento acerca de seu sentido simbólico e do sofrimento do paciente, como um clínico geral ao entrevistar alguém com suspeita de diabetes ou qualquer problema físico. Toda palavra é traduzida para uma linguagem técnica dos sintomas.

A prescrição de medicamentos, realizada com pouca ou nenhuma informação ao paciente, sua necessidade e seus efeitos, apareceu como única e exclusiva forma de tratamento; em apenas 0,5% das entrevistas foi realizada orientação ao tratamento psicológico, mesmo nos casos nos quais o paciente recebeu alta e poderia se beneficiar deste tipo de atendimento.

Buscando aquecer o debate sobre a tendência reconhecível em práticas médicas contemporâneas de enquadrar em diagnósticos psiquiátricos mal-estares comuns da vida cotidiana e submetê-los a tratamento psicofarmacológico, Ferraza, Rocha e Luzio (2013) trazem dados de uma pesquisa de campo sobre a prescrição de psicofármacos em serviço público de saúde mental.

Foi realizado exame detalhado de 430 anotações prontuárias de pacientes que deram entrada em um ambulatório público de Saúde Mental de um município de pequeno porte no interior paulista, entre 2005 e 2008, com resultados expressivos e representativos à luz da discussão da medicalização no âmbito da saúde mental.

Utilizando cálculo das frequências percentuais, observou-se que a maior parte dos sintomas registrados no primeiro atendimento ambulatorial foram ansiedade (69%), angústia (63%), nervosismo (62%) e irritabilidade (55%). Ampla maioria dos usuários (80%) foi encaminhada à consulta psiquiátrica, demonstrando tendência dos profissionais a perpetuar o modelo da concepção médica hegemônica.

Frente a estes sintomas, o tratamento com prescrição de psicofármacos apareceu em mais de 99% das prescrições aos usuários que foram encaminhados à consulta psiquiátrica. Examinando os prontuários, percebeu-se que nove em cada dez usuários já faziam uso deste tipo de medicamento, e ao se verificar sua origem, constatou-se que ela estava ligada a várias especialidades médicas e que as oriundas de atendimento psiquiátrico não passavam de 40%.

Fato que também chamou atenção dos pesquisadores foi o de, apesar da quase totalidade dos pacientes terem sido tratados farmacologicamente, 78% dos usuários apresentaram-se sem qualquer diagnóstico psiquiátrico registrado em prontuário. Os usuários que possuíam diagnósticos em seus prontuários o obtiveram, basicamente, por dois motivos especiais: solicitação de atestado médico ou atendimento à exigência legal de que um diagnóstico acompanhe a determinação do serviço à internação psiquiátrica.

Neste levantamento, o percentual de usuários em continuado tratamento psicofarmacológico chegou a 72%, sendo 27% a taxa de abandono e 1% de alta médica. Dado curioso observado foi que este 1% correspondeu a 3 pacientes que obtiveram alta por iniciativa própria, com solicitação explícita de finalização do tratamento.

Isso quer dizer que, assim como não há registro de usuário que tenha passado pela psiquiatria sem receber prescrição de medicamento, também não há nenhum caso de alta por iniciativa do atendimento psiquiátrico, no período que variou entre 5 a 53 meses de acompanhamento. Neste sentido, os autores destacam a impossibilidade de deixar de notar a tendência a uma cronificação que tende a vincular o usuário ao psicofármaco para todo o sempre, com seus eventuais benefícios, mas também com todos os seus desdobramentos relativos aos efeitos colaterais, à dependência química e psicológica e à uma eternização da condição do paciente nada estimuladora da autonomia do sujeito.

5.3 Saúde Mental e Atenção Básica

5.3.1 Ações em saúde mental nesta esfera do cuidado

A Saúde Mental, como um campo da Saúde Pública, passou por inúmeras mudanças que se apoiaram na Reforma Psiquiátrica e Movimento Antimanicomial. Este último possui sua base na “desinstitucionalização da loucura”, seja em relação ao modelo tradicional hospitalocêntrico, seja em relação ao interior das práticas profissionais.

Após décadas de privilégio à atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica, com a adoção, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF), sendo um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. (SCOREL et al., 2007).

O Programa de Saúde da Família nasceu da necessidade de se romper com o modelo assistencial em saúde, hegemônico no Brasil, caracterizado por oferecer atenção curativa, medicalizante, verticalizada, centrada no médico e de pouca resolutividade em termos dos problemas dos usuários do sistema. Além disso, o Programa tem como proposta a criação de novo modelo de atenção que prioriza ações de promoção à saúde e serviços mais próximos da comunidade.

Dessa forma, é visto como dispositivo essencial na reorganização da atenção básica à saúde e na reorientação do modelo assistencial, visto que visa imprimir nova dinâmica de trabalho na saúde pública. Além disso, a política de humanização das ações de saúde fomenta importantes mudanças no sistema de saúde do país, visando modificações significativas das práticas e saberes na área da saúde mental. Em 2006 o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF é caracterizada por serviços encravados nos bairros que valorizam a aproximação com o território, o trabalho em equipe multidisciplinar/interdisciplinar e o acompanhamento longitudinal, representando um cuidado próximo à vida das pessoas, da comunidade, reconhecendo a importância da realidade social e cultural (LANCETTI; AMARANTE, 2012).

Paralelamente, a partir dos anos 1990, o Ministério da Saúde realiza o direcionamento da atenção à Saúde Mental para os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), em uma rede de serviços em substituição aos hospitais psiquiátricos para os casos considerados “graves”.

A Lei 10.216, de 2001, estabelece os direitos dos pacientes em situação de sofrimento mental e propõe diretrizes para uma atenção que viabilize a reinserção social. É de concordância entre os profissionais, e defendido por diversos autores, que a Reforma Psiquiátrica hoje depende da integração da rede de assistência em Saúde Mental com a Atenção Primária (AMARANTE, 2008, LANCETTI; AMARANTE, 2012).

Porém, um dos maiores desafios a serem enfrentados no cotidiano das equipes da ESF sempre esteve relacionado com questões da Saúde Mental. Observa-se que, embora tenha havido avanços com a implantação do SUS e a Reforma Psiquiátrica, as políticas públicas apresentam dificuldades em responder à demanda de numerosos e complexos problemas ligados à atenção em saúde mental nos municípios, de forma a garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2005).

A partir de 2006 torna-se expressivo o investimento na ESF como forma de ampliar a integralidade, universalidade e integridade, através da implantação da Política Nacional de Atenção Básica e, em 2008, os NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) aparecem para a ESF como um dispositivo estratégico para o apoio à saúde mental. Assim, de certa forma, dá sustentação e institui a saúde mental como demanda para a ESF, garantindo o acolhimento e acompanhamento da SM na atenção básica.

No documento *“Saúde Mental em dados: informativo eletrônico de dados sobre a política nacional de saúde mental”*, de 2008, o MS atesta a expansão da cobertura dos CAPS, de 21% em 2002 para 53% em 2008, mas reconhece a necessidade de se investir na articulação entre CAPS e ESF, apontando que há melhores condições de se desenvolver ações em SM na Atenção Básica onde há uma rede CAPS e boa cobertura de ESF.

Neste âmbito, a Portaria GM 154, também de 2008, recomenda a inclusão de profissionais de saúde mental nas equipes dos NASF, devendo a UBS incluir em suas práticas profissionais o acolhimento de saúde mental (BRASIL, 2008). Assim, o NASF apresenta-se como ferramenta para a viabilização da atenção territorializada, incluindo o suporte às necessidades específicas dos usuários em situação de sofrimento mental.

Com esta portaria, o apoio matricial torna-se uma referência de apoio aos profissionais generalistas das equipes de saúde da família. Este dispositivo visa organizar este diálogo, apresentando como objetivo principal a ampliação das ações dos profissionais generalistas, através do suporte técnico de uma equipe de especialistas. É uma estratégia que busca conhecer e interagir com as equipes de atenção básica em seu território; procura estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre as demandas em saúde mental no território; atender conjuntamente situações complexas e realizar visitas domiciliares

acompanhadas da equipe de saúde da família e atender casos complexos em conjunto.

A implantação do apoio matricial varia largamente em todo o país e começa a ser objeto de estudos controlados, incluindo os desenvolvidos pelos LIPAPS/UERJ (Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

A RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), instituída pela Portaria 3.088/2011 do MS, reforça a ideia de saúde mental integrada e é mais um avanço no processo de consolidação das políticas de saúde mental no Brasil, já que seu objetivo é a articulação dos pontos de atenção das redes de saúde do território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. A RAPS é constituída por: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Neste contexto, segundo Fortes et al. (2014) a Atenção Primária expande as fronteiras do cuidado de SM e configura um novo desafio para a Psiquiatria, pois amplia-se a atuação dos atendimentos pontuais para a atenção longitudinal; da atuação unidisciplinar para a multi (e até mesmo transdisciplinar); da supervisão para o compartilhamento de casos; do tratamento eminentemente farmacológico para a abordagem biopsicossocial, ou seja, do trabalho especializado para o trabalho em colaboração.

Nesse tocante, compreende-se que deve ser dado enfoque nas capacitações em saúde mental e profissionais especializados podem contribuir para aumentar a capacidade resolutiva das equipes, possibilitando a assistência em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos. Dadas essas considerações, as noções de vínculo, corresponsabilização e acolhimento podem contribuir para uma abordagem mais compreensiva dos problemas mentais nos serviços da atenção básica.

5.3.2 Demanda ambulatorial de Saúde Mental na Atenção Primária

O foco da atenção primária são os problemas de saúde mais prevalentes de cada grupo social, objetivando modificar as condições de vida da comunidade, em função do controle de fatores sociais e ambientais, além de hábitos e estilos de vida, com o propósito de estimular atitudes saudáveis e eliminar riscos.

A Declaração de Caracas, anunciada em 14 de novembro de 1990 e adotada pela

OMS, destacou a necessidade dos serviços de atenção primária de saúde estarem articulados à atenção psiquiátrica, de forma a organizar programas segundo as necessidades da população, centrados na comunidade e nas redes sociais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, 2009; BRASIL, 2005).

A UBS é considerada como a porta de entrada para atender a qualquer demanda da população adscrita na mesma região da Unidade (Brasil, 2006), incluindo as demandas pela atenção em Saúde Mental com todas suas especificidades e particularidades.

Observou-se nas últimas décadas um processo de consolidação das políticas públicas para a legitimação da integração da saúde mental nos diferentes pontos de atenção, porém a interação entre Atenção Primária e Saúde Mental ainda é apontada como um dos grandes desafios do SUS, pois a cobertura oferecida pelos serviços especializados é insuficiente para a maior parte da população que necessita de assistência em Saúde Mental (CAVALCANTI, 2008).

A rede de Saúde Mental prioriza o atendimento de especialistas para os casos considerados mais graves, concentrando a demanda de acolhimento das pessoas com sofrimento mental “leve” ou pacientes portadores de “transtornos mentais comuns” para as equipes e serviços da Atenção Primária, como por exemplo, os médicos generalistas da ESF. (LANCETTI; AMARANTE, 2012).

A fim de compreender as relações de trabalho e subjetividade em Saúde Mental realizado em Atenção Primária, Paula (2011), realizou uma pesquisa com profissionais de Saúde Mental e Saúde da Família em três UBSs de Belo Horizonte. Destacou-se entre os trabalhadores uma sobrecarga de trabalho com o ‘sofrimento social’, ‘as pessoas infelizes’, ‘os poliqueixosos’ e ‘neuróticos leves’ que procuram as UBSs, a escassez de unidades e equipes, limites que dificultam a participação dos generalistas da SF nas reuniões de matriciamento com os especialistas da SM para darem acolhimento ‘aos pacientes da saúde mental’ (PAULA, 2011).

No Caderno de Atenção Básica n 34 – Saúde Mental (BRASIL, 2013), o MS descreve situações comuns que surgem na atenção básica, esclarecendo que são muitos os usuários que buscam ajuda na rede por causa de seu sofrimento mental, geralmente com queixa de tristeza/ansiedade. A publicação ainda aponta que os transtornos mais comuns na atenção básica são a ansiedade, a depressão, e a síndrome de somatização (queixas físicas sem explicação médica), muito frequentemente ocorrendo a intersecção dos três, em episódios e intensidades flutuantes. Abre-se, nesta perspectiva, a possibilidade de se considerar estas síndromes na dimensão do sofrimento mental comum ao invés de categorizá-las e separá-las

em diagnósticos (BRASIL, 2013).

Pires (2014) analisou o que se nomeia demanda em saúde mental na articulação entre NASF e ESF na cidade de Porto Alegre - RS. Na perspectiva dos profissionais entrevistados pela autora, o NASF tensiona a ESF a acolher e atender “a tudo a todos” na saúde mental (expressão recorrente entre as equipes), no momento em que se coloca como retaguarda especializada e quando provoca o exercício do olhar ampliado e integral aos casos de saúde mental. O NASF apareceu para os profissionais da ESF como dispositivo estratégico para o acolhimento e acompanhamento destes pacientes, já que estes profissionais sentem-se pouco preparados para atender essa demanda que se apresenta cada vez mais na realidade do serviço e que exige um tempo maior de escuta e elaboração de estratégias de intervenção.

Nesse cenário, os profissionais das ESFs questionaram se a demanda em SM deveria realmente ser atendida na ESF, sendo a prática da renovação de receitas uma preocupação das equipes, no sentido de evitar o uso crônico e a dependência. A autora analisa o fato como a instauração de uma mudança de lógica contrária à medicalização, destacando o fato de a equipe questionar a necessidade do remédio ser o principal meio de cuidado para as situações de SM. Aponta, ainda, que a desmedicalização da saúde mental pode instaurar novas formas de olhar o sofrimento mental, não o limitando como doença a ser medicada, mas como fato a ser escutado. (PIRES, 2014).

Rangel (2015) analisou os aspectos da racionalidade biomédica na dinâmica de expansão da atenção primária no município do Rio de Janeiro, com foco nas situações denominadas demandas espontâneas e consultas programadas, a partir da atuação e dos discursos de profissionais de saúde numa unidade de atenção básica do município do Rio de Janeiro.

O objetivo principal do estudo foi compreender, em profundidade, a diferença que os profissionais de saúde fazem entre a situação de demanda espontânea e a consulta programada, no sentido de esclarecer alguns aspectos relacionados ao acesso da população à unidade de atenção básica de saúde.

Ao analisar as falas dos agentes comunitários de saúde, das enfermeiras e médicos, pareceu claro e até mesmo surpreendente à autora como estes descrevem de maneira exemplar a racionalidade biomédica, especialmente nos aspectos da valorização da categoria da doença e na legitimidade da assistência à doença que se pretende a partir dos programas do Ministério da Saúde para a atenção básica.

Através das falas sobre os seus processos de trabalho, os profissionais entrevistados apontam alguns incômodos relativos à dissonância entre a objetividade da racionalidade

biomédica e aspecto relacional, especialmente considerações sobre a formação e manutenção do vínculo entre profissionais e usuários. Este aspecto relacional não parece incorporado ao modelo biomédico, mas atua, por força da demanda espontânea, como aspecto de tensão e produtor de angústias desconcertantes e, por isso é entendido como o principal desafio do processo atual de trabalho da atenção básica.

A autora destaca a demanda como uma construção no cotidiano dos atores envolvidos, sendo fruto de um inter-relacionamento entre as necessidades percebidas e os projetos de felicidade dos usuários, o paradigma de atenção concebido culturalmente pelos usuários e no qual se movem os profissionais, mutuamente imbricados, e, por fim, os recursos técnicos e econômicos fornecidos pelo sistema em suas políticas de saúde.

Como a racionalidade biomédica não é questionada, o acesso à unidade de saúde é entendido como uma questão de planejamento a partir dos aspectos técnicos desta racionalidade. Estes aspectos são verificados pela queixa do paciente, relativa à incorporação do contexto de vulnerabilidades locais, que se remete a alguma *alteração física* (grifo nosso) dos pacientes ou que se enquadram nos programas do Ministério da Saúde referentes de situações de vida, agravos e doenças.

Desta forma, este processo hermético e circular que se verificou no discurso dos profissionais de saúde parece dificultar a visibilidade de outras possibilidades de reorientação do acesso na unidade de atenção básica e questiona a profundidade da mudança do modelo de atenção básica a partir da Estratégia Saúde da Família.

Rabello (2014) analisou, através de entrevistas com cinco equipes de saúde da família do município do Rio de Janeiro, como as demandas em SM na Atenção Básica são identificadas e encaminhadas pelos profissionais. Especificamente, buscou compreender como estes profissionais agem no cotidiano da atenção, considerando a fluidez nos conceitos de bem-estar/mal estar mental, e como eles lidam com sinais e sintomas que não se resumem somente a quadros fisiológicos. Percebeu-se que as noções sobre SM nesta esfera vão sendo negociadas a partir da mobilização de conhecimentos não oficiais, porém já circulantes entre eles. A autora observou que as ações dos profissionais têm como base um padrão classificatório e biomédico, balizando-se pelo paradigma do conhecimento científico biomédico, mesmo estas classificadas supostamente como humanizadas, interdisciplinares, territorializadas e menos medicalizadas.

Outro dado interessante encontrado pela autora nas entrevistas foi o fato de que nenhum dos guias e protocolos existentes no país para atendimento às demandas de SM na atenção básica (como o Guia de Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica de 2011,

entre outros), foi citado pelas equipes, levando a entender que, mesmo existentes como esforço de atendimento humanizado e não-medicalizado na SM, essas instruções não chegam ou chegaram às equipes, não sendo considerados como material de referência ou ajuda.

Tanto a Saúde Mental como a Saúde da Família deveriam ser eixos importantes para a quebra da lógica do cuidado baseada na ordem biológica e das especialidades, ainda muito arraigada à cultura médico-hospitalocêntrica, tanto entre os técnicos quanto entre a população usuária, dificultando a implementação de novas formas de cuidado. Um dos princípios da Saúde Mental na Saúde da Família é a desmedicalização, no sentido dos profissionais não se apropriarem de todos os problemas de uma comunidade como problemas médico-sanitários (AMARANTE, 2007).

Ambos possuem o enfoque no trabalho multi e interdisciplinar da integralidade, considerando aspectos sociais, culturais e subjetivos, que buscam atuar no processo de desmedicalização da vida e do sofrimento. Porém, como observamos, esta realidade ainda se encontra distante do cotidiano do cuidado em SM.

6 METODOLOGIA

Foi conduzida em campo pesquisa qualitativa, através de observação de grupos de acolhimento com pacientes usuários de benzodiazepínicos e posteriores entrevistas individuais com alguns dos membros do grupo para esgotamento de temas ou questões relevantes que tenham aparecido durante a observação prévia.

6.1 Campo e sujeitos de pesquisa

O campo de pesquisa escolhido como dispositivo de acesso a estes pacientes foi um serviço de Saúde Mental situado em um Centro de Saúde do município do Rio de Janeiro - RJ, a Policlínica Piquet Carneiro/UERJ (PPC/UERJ), sendo os sujeitos de pesquisa os pacientes atendidos pelo serviço.

A escolha do campo foi determinada primeiramente pela facilidade de pertencer à UERJ, pela proximidade de localização, e por possuir um dispositivo de acesso a pacientes usuários crônicos de benzodiazepínicos.

Tomei conhecimento da existência de um grupo de trabalho com usuários crônicos de BZD na PPC/UERJ através de uma colega de IMS. Em contato com a supervisora responsável e com a psicóloga que coordena o grupo, fui recebida prontamente e convidada a ter um primeiro contato com os pacientes, assistindo a um encontro do grupo. Certa de que seria uma fonte rica de informações e contribuições ao meu tema de pesquisa, pela grande participação e interação dos sujeitos, solicitei autorização para continuidade do trabalho.

Decidi pelo método de observação não participativa, a fim de coletar os relatos e percepções dos sujeitos com a mínima interferência possível; e por entrevistas, a fim de buscar dados mais aprofundados com alguns pacientes individualmente.

Os vieses desta pesquisa podem estar relacionados à escolha dos sujeitos, pois fazendo parte de um grupo de apoio e acolhimento, espera-se que estes adquiram conhecimentos e efeitos positivos frente ao sofrimento superiores aos usuários que não contam com este tipo de serviço, além de muitos já estarem em diminuição progressiva no uso dos medicamentos.

Assim, as análises sobre os resultados obtidos somente foram possíveis em relação ao

grupo pesquisado, pois diferenciam-se dos demais usuários que não participam de um grupo semelhante.

6.1.1 Localização do serviço da Policlínica Piquet Carneiro na rede de atenção do município do Rio de Janeiro

A PPC foi durante muitos anos, enquanto unidade do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), um dos principais centros de referência em atendimento em saúde mental de todas as regiões do Município do Rio de Janeiro e vizinhos. Como Posto de Assistência Médica São Francisco Xavier (PAM São Francisco Xavier) chegou a realizar 20.000 consultas/ano, com mais de 30 profissionais lotados.

Atualmente o NSM/PPC (Núcleo de Saúde Mental/Policlínica Piquet Carneiro) tem como missão coordenar, organizar e estruturar a Assistência em Saúde Mental na PPC, atuando de forma integrada com o HUPE/UERJ (Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ) e com a rede assistencial do SUS em parte das regiões de abrangência da PPC (APs 1.0, 2.2 e 3.2 do Município do Rio de Janeiro⁴, correspondendo às áreas: centro histórico da cidade; Tijuca e Vila Isabel; e região que contempla Méier, Inhaúma e Jacarezinho; respectivamente), em especial com as equipes de apoio matricial da ESF/RJ.

O NSM/PPC conta com o apoio do CAPS-UERJ, que se localiza na área física da policlínica, para o cuidado aos pacientes moradores da AP 2.2 com transtornos mentais graves e persistentes.

A assistência em saúde mental na área da PPC engloba hoje três diferentes tipos de atendimento:

- a) A Assistência Especializada com atendimento psiquiátrico e psicológico, realizado de forma integrada com a rede de cuidados da AP 1.0 (em desenvolvimento), 2.2 e 3.2, atuando como ambulatório de retaguarda de Apoio Matricial. A marcação é feita diretamente pelo matriciador em sua agenda, havendo disponibilização semanal de vagas de primeira vez e

⁴ Na face da administração municipal, a necessidade de uma divisão setorial para coordenação e planejamento foi atendida em 1981, quando o Rio de Janeiro passou a apresentar sua base estrutural atual, instituiu-se, então, a codificação institucional das Áreas de Planejamento, conhecidas por “AP”, das Regiões Administrativas, conhecidas por “RA”, e dos Bairros, tendo sido, pela primeira vez, oficializados os limites dos bairros (INFORMAÇÕES..., [2016]).

vagas em psiquiatria da infância e adolescência para a demanda do Apoio Matricial da AP 2.2 e AP 3.2. São oferecidas também vagas de psiquiatria adulto para os serviços de todo o município através do SISREG (Sistema Nacional de Regulação). Nesta demanda se encontram pacientes que, mesmo residindo fora da área de abrangência, estavam em tratamento na PPC há muitos anos e estão sendo mantido em acompanhamento, enquanto são progressivamente encaminhados para suas áreas.

Dividem-se em dois grupos:

- pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, que necessitam muitas vezes de cuidados em unidades tipo CAPS;
 - portadores de transtornos depressivo-ansiosos em uso inadequado de benzodiazepínicos, que são a maior parte destes pacientes. Foram mantidos na PPC e estão sendo acompanhados em uma modalidade de trabalho conjunto (psiquiatra e psicólogo), com adequação da medicação após reavaliação diagnóstica e inclusão em um grupo de suporte regular, trimestral e são definidos como “pacientes com transtornos mentais comuns”. O grupo destes pacientes, acompanhado neste trabalho, tem se revelado uma intervenção positiva no sentido do diagnóstico e tratamento eficaz, como um espaço de suporte psicossocial e para o uso adequado de antidepressivos e de benzodiazepínicos;
- b) A Interconsulta, que responde apenas às demandas oriundas nos pareceres dos serviços da PPC. Conta com a inserção de profissionais da saúde mental nos serviços especializados da PPC/UERJ como a Saúde do Homem, CIPI (Cuidado Integral à Pessoa Idosa), NESA (Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente), NAPTA (Núcleo de Atenção à Pessoa com Transtorno Alimentar), Ambulatório de Obesidade, AMI (Ambulatório de Medicina Integral), Programa de Fibromialgia e Reumatologia. Os projetos da obesidade, transtornos alimentares e fibromialgia têm vagas especialmente reservadas nas agendas do Núcleo de Saúde Mental.
- c) O Núcleo de Ensino com o objetivo de capacitar os alunos de pós-graduação da psiquiatria e psicologia. Oferece retaguarda de cuidado em saúde mental para os pacientes em atendimento por serviços clínicos do

HUPE e da PPC e pelo apoio matricial em saúde mental nas unidades de atenção primária da AP 2.2 e 3.2.

6.1.2 O Núcleo de Saúde Mental

Em 2011 o Núcleo de Saúde Mental (NSM) iniciou um processo de reestruturação para atender a uma nova demanda criada por alterações de seu papel na rede de serviços. Hoje definida como Unidade Secundária, possui função de retaguarda do atendimento em saúde mental realizado pelo apoio matricial em suas áreas de abrangência, além de ser integrada a outras clínicas da PPC.

Uma demanda foi identificada, correspondendo a centenas de pacientes apresentando quadros de ansiedade e depressão e em uso crônico de benzodiazepínicos. Eles residiam longe da Unidade e sua relação com o serviço era de consultas curtas com psiquiatra, sem periodicidade regular, para obtenção de novas prescrições, na sua maioria das vezes de benzodiazepínicos.

Os 136 (cento e trinta e seis) pacientes acompanhados atualmente são remarcados sistematicamente para retornarem a cada três meses aos grupos liderados por psicólogo com apoio de um psiquiatra, a não ser os que são moradores da área de abrangência da policlínica – estes foram absorvidos nas agendas dos psiquiatras do núcleo.

Os participantes dos “grupos de acolhimento” que acontecem nesse espaço são pacientes poliqueixosos⁵, usuários crônicos de benzodiazepínicos, os quais são apontados pelos profissionais da Policlínica como uma grande dificuldade em Saúde Mental na Atenção Primária, provocando sentimentos de impotência e rejeição nos profissionais, sobrecarregando os serviços.

Uma parte significativa destes pacientes são portadores de transtornos depressivos não tratados adequadamente. Os grupos oferecem, além do diagnóstico e tratamento corretos, informação e orientação sobre os quadros de ansiedade e depressão, escuta do sofrimento dos

⁵ O paciente poliqueixoso é descrito como usuário (proprietário e portador do corpo adoecido) que perambula pelos Serviços de Saúde atrás das soluções e medidas eficazes para o sucesso de sua saúde e, quando não as alcança, vai se condicionando às regras do Sistema. Sendo assim, sua hipocondria individual soma-se, então, a uma hipocondria institucional que bem caracteriza o Sistema de Saúde, favorecendo seu processo de metamorfose de simples usuário dos serviços públicos de saúde, à condição de poliqueixoso, não apresentando a materialização do sofrimento numa típica expressão de doença e de diagnóstico biomédico (CHAMMÉ, 2000).

pacientes, resgate da autoestima e do auto-cuidado, estímulo a atividades prazerosas, incluindo reforço à participação nas atividades de promoção de saúde da ESF, sendo assim um espaço de acolhimento (FORTES et al., 2014).

Atualmente os pacientes encontram-se divididos em 9 (nove) grupos, cujos encontros possuem periodicidade de 3 (três) a 4 (quatro) meses, sendo liderados por psicólogo com apoio de um psiquiatra.

Em um levantamento realizado pela Policlínica em 2014, foram analisados 136 (cento e trinta e seis) prontuários para caracterizar idade e sexo; e 60 (sessenta) prontuários para caracterizar diagnóstico, tratamento medicamentoso utilizado anteriormente e o atualizado no novo serviço e leitura das anotações sobre os grupos para levantar principais temas abordados pelos pacientes. Destacaram-se a relevância da inserção da ferramenta grupo cuja proposta de cuidado foi centrada no diagnóstico correto e consequente tratamento medicamentoso, melhoras nos aspectos sociais e de qualidade de vida, informação e esclarecimento sobre os transtornos e sua associação com as dificuldades do dia a dia (FORTES, 2014).

Segundo os dados do levantamento realizado pelo serviço, a distribuição dos diagnósticos dos pacientes atualmente acompanhados, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), se dá:

- a) F32 (Episódios Depressivos): 47%
- b) F41 (outros Transtornos Ansiosos): 26%
- c) F33 (Transtorno Depressivo Recorrente): 5%
- d) F41.1 (Ansiedade Generalizada): 5%
- e) F41.2 (Transtorno Misto Ansioso e Depressivo): 5%
- f) F13 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos): 3%
- g) F40 (Transtornos fóbico-ansiosos): 3%
- h) F42 (Transtorno Obsessivo Compulsivo): 3%
- i) F43.1 (Estresse pós-traumático): 3%

Estes diagnósticos correspondem a agrupamentos do capítulo V – Transtornos Mentais e Comportamentais e são descritas como:

F30 – F39: transtornos do humor (afetivos)

F40 – 48: transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao “stress” e transtornos somatoformes.

Os números mais expressivos encontram-se relacionados às categorias F32 (47%) e F41 (totalizando 36%, ao somarmos suas subcategorias F41.1 e F41.2).

O primeiro – “Episódios Depressivos” - é descrito no CID-10 como episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo.

Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Já na categoria “Outros Transtornos Ansiosos” – F41, são considerados transtornos caracterizados essencialmente pela presença das manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada. Podem se acompanhar de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que estas manifestações sejam, contudo, claramente secundárias ou pouco graves.

6.2 Etapas realizadas na pesquisa de campo:

6.2.1 Observação aos grupos

Foi iniciada a pesquisa de campo com a observação aos grupos de acolhimento com pacientes usuários crônicos de benzodiazepínicos, intitulado pelo serviço de grupo TMC – Transtornos Mentais Comuns.

As sessões, que são lideradas por uma psicóloga, duram em média 2 horas e os pacientes sentam-se formando uma roda. Ao final das sessões, os pacientes recebem a remarcação com a data do próximo grupo agendada, e o psiquiatra se junta ao grupo com os

prontuários em mãos para a realização das prescrições dos medicamentos em uso.

A Policlínica não possui serviço de dispensação de medicamentos controlados.

Segundo os profissionais de saúde atuantes no serviço, trata-se de uma intervenção em grupo, e não uma terapia em grupo formal e metodologicamente construído; por isso preferem classificá-lo como grupo de acolhimento.

Durante os grupos, a psicóloga atua principalmente:

- a) na verificação do estado geral do paciente, questionando sobre as atividades do cotidiano desde o último encontro do grupo;
- b) na conscientização acerca dos custos e benefícios dos medicamentos, na importância da tentativa de desmame acompanhado pelo psiquiatra;
- c) no incentivo à prática de atividades físicas, culturais e de lazer, ou qualquer outra atividade que auxilie no controle da ansiedade, na insônia e nos sintomas de depressão;
- d) na busca por pacientes que estão com sintomatologia mais evidente para encaminhamento prioritário ao psiquiatra.

A observação foi realizada em 9 (nove) grupos, sendo 2 (dois) repetidos, mediante prévios esclarecimentos sobre a pesquisa a ser realizada e autorização de todos os participantes presentes, com preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (ANEXO A). A observação foi do tipo não participativa, e o método de registro utilizado foram anotações realizadas pela pesquisadora durante os grupos. O foco central das observações foi a coleta de informações relevantes contidas nos relatos dos pacientes e que dizem a respeito à utilização dos medicamentos, e os relacionados aos principais eixos de análise e questões norteadoras que levaram a esta pesquisa:

- a) Como se dá o processo de medicalização/farmacologização no âmbito da Saúde Mental, e mais especificamente envolvendo os fármacos benzodiazepínicos em Transtornos Mentais Comuns?
- b) Na perspectiva do usuário: o que entendem sobre o medicamento que utilizam? Como enxergam seu transtorno? O que procuram/anseiam no serviço de Saúde Mental estudado?

6.2.2 Entrevistas

Após os grupos alguns dos integrantes foram convidados a uma entrevista individual com fins de aprofundamento de alguns temas.

Foram convidados 6 (seis) pacientes a partir da observação aos grupos. As entrevistas realizadas foram gravadas em áudio e transcritas para posterior análise de conteúdo. A entrevista foi constituída de perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde não existem respostas pré-fixadas e o entrevistado tem a possibilidade de expor suas percepções, permitindo que este discorra sobre o assunto estudado. Desta forma, há maiores chances de exporem detalhes sobre seus pontos de vista, atitudes, crenças e sentimentos.

Para a realização das entrevistas, a participação foi registrada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo assinadas por ambas as partes (pesquisador e entrevistado), e explicitado a todos os direitos dos voluntários que consentirem a participação na pesquisa (ANEXO B).

Nestas entrevistas foram aprofundadas questões que porventura tenham surgido durante a interação entre os pacientes nos grupos de acolhimento. As questões a serem focadas neste momento foram:

- a) O que o usuário entende sobre o medicamento que utiliza?
- b) Como iniciou o uso do medicamento? Por quê?
- c) O medicamento foi prescrito por médico psiquiatra ou de outra especialidade?
- d) Por quanto tempo fez ou faz uso do medicamento?
- e) O que procura/anseia no serviço em questão?
- f) Quais melhoras na qualidade de vida em geral são percebidas com a participação nos grupos desenvolvidos pela Policlínica?

6.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Para a observação aos grupos de acolhimento, o critério de inclusão foi apenas o consentimento de todos os participantes presentes.

Para as entrevistas individuais, foram incluídos quatro pacientes que anteriormente, durante a observação dos grupos, mostraram-se mais confortáveis em expor suas experiências e que poderiam contribuir com mais informações nas entrevistas, e dois pacientes foram escolhidos aleatoriamente na área de espera do NSM.

6.4 Riscos da pesquisa

Os riscos da participação para os sujeitos foram mínimos e decorreram do possível desconforto em expor suas experiências ao pesquisador. Tal risco foi minimizado pela garantia do sigilo e não identificação a nível individual das informações obtidas e pela possibilidade assegurada ao participante do não consentimento e da desistência da participação.

6.5 Análise dos dados

O acompanhamento aos grupos de acolhimento foi registrado por escrito pela pesquisadora através de anotações das falas mais relacionadas ao tema de pesquisa e às questões norteadoras, e as entrevistas foram realizadas gravadas e transcritas para posterior análise de conteúdo.

Na pesquisa qualitativa, o foco não está na quantificação de fenômenos, mas na sua análise em profundidade, elencando as subjetividades, suas relações bem como interlocuções nas estruturas sociais. Além disso, a pesquisa qualitativa propicia a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

A análise de conteúdo é uma das técnicas existentes de análise dos dados na pesquisa qualitativa. Para Oliveira (2008), a análise de conteúdo busca descrever o conteúdo emitido

no processo de comunicação através de processos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores, permitindo a realização de inferência de conhecimentos.

Desta forma, a construção do instrumento de coleta utilizado pelo pesquisador nas entrevistas é etapa primordial, e necessita contemplar questionamentos que possam levar o sujeito à manifestação de suas percepções. Posteriormente, na etapa de exploração do material, o investigador busca encontrar categorias, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

Foi realizada a categorização sistemática dos conteúdos das falas dos pacientes utilizando-se o software OpenLogos, um gerenciador de dados textuais desenvolvido para auxílio à análise de dados não estruturados (CAMARGO JÚNIOR, 2000). Uma pré-análise do material disponível foi realizada para auxiliar na construção das categorias a serem utilizadas.

Feita a observação geral dos dados, procedeu-se a análise aprofundada dos registros para análise temática e criação de categorias. Através da análise qualitativa realizada com o OpenLogos, foram identificadas as categorias temáticas suscitadas pelas questões norteadoras do estudos. Não foi considerada para fins de análise, neste estudo, a frequência de aparição destes temas.

A(o)s categorias/eixos temática(o)s elencada(o)s foram:

- a) MOTIVAÇÕES: relatos e queixas acerca de sintomas, sofrimentos, problemas cotidianos, entendidos como justificativas para a procura de tratamento médico ou psicológico, gerando esta demanda;
- b) ITINERÁRIOS: descrições sobre o itinerário terapêutico realizado, o caminho percorrido até o momento da pesquisa, o cenário inicial da primeira utilização do medicamento;
- c) MEDICAMENTOS: percepções acerca dos medicamentos que utilizam, os conhecimentos que possuem sobre o mesmo, queixas de reações adversas associados ao uso do medicamento, relatos de experiências sobre o uso e dependência;
- d) RELATOS SOBRE O SERVIÇO: relatos de melhoras na qualidade de vida em geral e nos sintomas e queixas iniciais com a participação nos grupos desenvolvidos pela Policlínica, se os anseios iniciais foram alcançados com a ajuda do serviço em questão.

7 ASPECTOS ÉTICOS

Em virtude do uso de entrevistas, este trabalho foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP-IMS-UERJ), obedecendo à determinação da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União em 13 de junho de 2013, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e aprovado em 09/12/2015.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise conjunta dos dados obtidos nos grupos e entrevistas e a categorização nos eixos temáticos principais, são apresentados falas e discursos de maior relevância para o objetivo da pesquisa.

8.1 Motivações

Referem-se a relatos e queixas acerca de sintomas, sofrimentos, problemas cotidianos entendidos como justificativas para a procura de tratamento médico ou psicológico, gerando esta demanda.

As principais queixas relatadas pelos pacientes foram dificuldades para dormir, problemas de relacionamentos familiares e amorosos, perda de um ente próximo, queixas relacionadas a outros problemas de saúde e ao sistema de saúde, ao cotidiano e problemas financeiros, que justificariam o desencadeamento dos transtornos mentais.

As motivações que levaram os sujeitos de pesquisa a procurarem a ajuda médica, que resultou na prescrição de um benzodiazepínico, apareceram primeiramente como diagnósticos de ansiedade, depressão e problemas psiquiátricos.

Alguns pacientes demonstraram fazer um autodiagnóstico, mostrando que a conversão de problemas humanos em patologias pode ser entendida como hegemonia da linguagem médica nos discursos, criando um sentido comum que permite a incorporação dos medicamentos no cotidiano e facilitam a medicalização. Além disso, encontraram-se dados que mostraram a crença de que os benzodiazepínicos são indicados para tratamento de depressão.

“Pra depressão eu tomo Rivotril.”

“O que me trouxe foi ansiedade associada à depressão (paciente começa a chorar)”.

“Tem 14 anos que tenho depressão”.

“Eu fiquei pior quando a minha mãe faleceu. Aí eu percebi que eu estava piorando muito, aí eu falei assim: “Poxa, eu vou procurar ajuda médica. Aí tem coisas aí que só a medicina resolve, né?”

“Na minha opinião eu to com depressão, foi muito enterro (após relatar a perda de 2 irmãos em 2 meses)”.

“Tenho depressão desde 2007. To longe da família, e me deixa assim. To desde 98 aqui”.

“Não estamos doidos mas tomamos remédio para controlar ansiedade, depressão.”

“E meu pai também já teve problema de depressão, essas coisas assim”.

“Estava em ponto de enlouquecer. Foi quando eu perdi um irmão que morava comigo.

“Aí eu entrei em pânico, fiquei em depressão... Síndrome do pânico. Vivia mais aqui do que em casa. Porque a pressão subia muito. Eu entrava em pânico, a pressão subia muito. Isso já tem 20... Não, tem 19 anos”.

“Eu tinha síndrome do pânico.” Quando questionado se o diagnóstico havia sido realizado pelo psiquiatra, o paciente respondeu: *“Não, eu falei pra ele”.*

“Vim pra cá por causa da depressão”.

“Começou com depressão, síndrome do pânico, essas coisas.”

Observa-se a incorporação de narrativas como as próprias da linguagem biomédica, que facilitam a transformação de seus mal-estares em doenças. Este aspecto demonstra o desejo de legitimação e reconhecimento do adoecimento, e impotência frente ao sofrimento vivido. Faz-se presente nestas falas a expectativa de uma resposta do profissional que interprete o adoecimento e proporcione um tratamento.

A posição de poder e hegemonia ocupada pelo médico se legitimaram historicamente através de sua articulação com o cientificismo biomédico que influencia o modo do médico expressar-se usando uma linguagem própria e codificada por este saber.

Neste sentido, a ênfase no diagnóstico como um elemento essencial para o cuidado e a valorização da correta descrição dos sintomas por parte do paciente podem ser vistos como heranças deste modelo. O diagnóstico que só leva em conta sinais e sintomas parte do pressuposto de que todos os doentes se encaixam em uma mesma patologia e apresentam um mesmo quadro patológico, devendo então ser tratados segundo os protocolos estabelecidos. A alta valorização da correta descrição dos sintomas por parte do paciente pode ser visto como heranças da medicina das espécies e sua necessidade de identificar e classificar a entidade patológica.

Notou-se que os benzodiazepínicos são utilizados para lidar com o estresse do dia a dia, problemas do cotidiano e aqueles ligados a atividades rotineiras. A dimensão social do consumo é observada ao verificarmos sua utilização como mecanismo da disciplina do corpo,

como exigência pela sociedade, sendo um meio de controlar as ações e as atividades diárias, regulando seus horários de dormir, de acordar e as emoções, as irritações.

Além disso, há um grande número de doentes que se apresentam com sintomas vagos, indefinidos, inclassificáveis e que, pela dificuldade ou mesmo impossibilidade de serem diagnosticados, não recebe a devida assistência à saúde, evidenciando o prestígio que a enunciação do diagnóstico possui na biomedicina.

Retomando as análises de Foucault, se a sociedade transformou a Medicina num poder, regulando o espaço social em todos os seus níveis de funcionamento, a Medicina buscou construir o seu saber para exercer esse papel na ideia de normalização. Dessa forma, a Psiquiatria se formou como o ramo da Medicina que deveria intervir especificamente no domínio da moralidade, tendo por isso mesmo os seus conceitos construídos em torno da ideia de normalização moral. O modo como se organiza hierarquicamente a vida político-social, nesta sociedade, aponta para o lugar dos dispositivos de controle que elegem a medicalização (na atualidade, na forma de prescrição de psicofármacos) como a tecnologia do amortecimento, como um modo específico de biopoder, ou seja, o controle dos corpos através do uso dos medicamentos.

“Quando você está do outro lado é uma sensação muito ruim. Medo de não retomar as atividades normais. Você não tem vontade de comer, tomar banho. As pessoas acham que você não faz porque não quer, preguiça.”

“É, porque a gente fica só na rotina... Porque eu trabalho muito... Só na rotina ouvindo conversa, todo dia a mesma coisa é ruim, né?”

“Aqui em cidade grande, toda hora temos aborrecimentos. Ônibus não param, um monte de problema, vizinho.”

“Olha só, eu trabalho numa fábrica, sabe? Que é muito estressante.”

O meu foi stress. Não perdi a consciência, fiquei muito agitado, não queria mais trabalhar.

“Tem dia que estou com muito medo, ansiosa, um medo estranho ate de andar na rua.”

“Eu fico apavorada quando meus filhos atrasam. Fico nervosa.”

“Estou aqui em função de uma dívida, me preocupei muito. Faz 15 anos. Estou preocupada sim porque não gosto de dever. Fui numa psicóloga muito boa, mas a sequela ficou.”

“Estou [em tratamento] de 8 a 9 anos. Por causa do stress, correria, preocupação. Trabalhava muito, dia e noite, na madrugada por conta própria. A rotina, veio algumas dívidas..”

“A vida da gente é muito complicada, tem dias que a gente está bem, tem dia que a gente tem problema de nervo e tem dia... E eu sou hipertensa também, né?”

Podemos notar que o consumo de medicamentos não se restringe ao tratamento de doenças, podendo corresponder à exigências dentro do contexto social, correspondendo a um tipo de iatrogenia, induzindo a passividade e perda de autonomia (ILLRICH, 1975).

Para Illich, desde o final do século XIX, começou a ocorrer uma grande virada da Medicina rumo à analgesia, refletindo-se na cultura e em todas as instituições contemporâneas. Para ele, a meta principal é a tentativa de eliminação ou sedação de dores e sintomas, como parte do contexto da chamada “invasão farmacêutica” e “não é de surpreender que os tranquilizantes sejam o tipo de arma cujo uso se amplia mais rapidamente”.

Os usuários apontaram com frequência distúrbios do sono para justificar o uso dos medicamentos, associando os benzodiazepínicos a efeitos tranquilizantes:

“Eu não conseguia dormir, perdia a fome, perdi peso.”

“Eu não tava dormindo direito. Me passaram um remédio que eu dormi quase três dias.”

“Eu não tava dormindo à noite. Só tomo 1 comprimido para dormir. Agora to dormindo, tem dia que até tenho sono demais.”

“Eu fico sem dormir a noite toda, a noite e o dia, não consigo, não tenho sono e fico assim agressiva, né? Aí me dá aquela dor assim... Não é dor de cabeça. Aquela dor assim no meio da cabeça.”

“Se eu ficar sem tomar eu fico mais agitado, não durmo.”

“À noite fico com medo de alguém bater na porta. Dá um vazio... Não durmo.”

“Comecei há uns 5 anos. Eu não durmo de noite. Muita coisa que aconteceu na vida”.

“Estou há 10 anos [em tratamento]. Insônia e ansiedade.”

As questões de gênero e o papel da mulher como cuidadora, as preocupações com os filhos e as obrigações com o lar, as discussões e as dificuldades econômicas levam a tensões que também contribuem para o consumo.

Estudos têm sugerido que o contexto social pode ter um papel na etiologia, prevalência e no prognóstico dos TMC. Os TMC são mais prevalentes entre mulheres e pessoas com piores condições socioeconômicas, e a pobreza e o desemprego aumentam a duração de episódios de TMC (WEICH; LEWIS; JEMKIS, 2001).

“Muito desânimo, cansaço, dores, não tem vontade de fazer nada, ainda mais dona de casa, que tem que fazer, não tem jeito.”

“Estou com muitas preocupações, muita coisa para mim sozinha, os netos.”

“Quero trabalhar, mas meu marido não deixa.”

“Meu marido morreu e eu tomo conta sozinha. E eu faço almoço, eu faço salgado. Eu trabalho de 5 até às vezes 9, 10 da noite.”

Os lares marcados pelas dificuldades econômicas e conflitos entre os familiares, levaram ao consumo de benzodiazepínicos, além de outras funções, como para tratar sentimentos de solidão e baixa autoestima; e perdas de entes próximos. Estas situações podem gerar sofrimento intenso e incapacidades, sendo estes sofrimentos legítimos. Porém, é passível de questionamento a necessidade de tratamento farmacológico com benzodiazepínicos, principalmente por longos períodos.

Neste estudo verificamos que o processo de medicalização pode ser o resultado de situações onde o contexto social deixou de ser relevante para o diagnóstico psiquiátrico e os sintomas são analisados dissociados dos processos sociais. Estas situações caracterizam-se pela maior aceitação em resolver problemas emocionais com a utilização de medicamentos.

A doença mental também está relacionada a doenças de outros aparelhos do corpo, e além dos aspectos físicos, podemos relacionar outros fatores que contribuem para a qualidade da saúde mental dos indivíduos, como a violência, os homicídios e o abuso de substâncias (KOHN; MELLO, M.; MELLO, A., 2007).

“Eu já perdi tanta família esse ano. Eu já perdi a minha irmã, se suicidou. Ela foi por depressão. Duas morreram, meu irmão, minha mãe, meu pai, agora estou com uma sobrinha também que já está no final. Meu marido morreu, o segundo marido morreu. [risos]”

“Eu não estava tendo mais sossego. Aí minha irmã foi lá em casa, aí disse assim... Você tem que trabalhar, não pode perder dinheiro não.”. Aí nisso eu fiquei com uma coisa no peito assim... Aí minha mãe mandou eu tomar Diazepan, fazer chá de camomila e tomar um AS.”

“Meu filho também tinha problema cardíaco e tal, desde que nasceu e eu perdi ele com 15 anos. Então entrei em depressão e não conseguia controlar.”

“Moro sozinho, é ruim. Não tem ninguém pra conversar quando chego em casa.”

“Fico em casa sozinha, não tem ninguém para conversar. Fico procurando coisa onde não tem, os pensamentos negativos vêm.”

“Você sabe por que eu fiquei pior nessa situação? Assim, a minha mãe faleceu aí eu pensei assim: ‘Poxa, meu pai e meus irmãos vão ser meus amigos’. Aí aconteceu o oposto,

entendeu?. Poxa, ninguém é meu amigo, ninguém. Aí eu estava com problema de gastrite. Pra fazer esse exame tem que ir com um acompanhante, eu tive que chamar os outros de fora, porque ninguém quis. Aí eu pensei assim: Poxa, eu não tenho família. Não ficaram nada! Quem ficou mais triste sou eu. Foi eu.”

“Mas o meu foco principal também desse meu problema é solidão. Eu acordo sozinho, eu durmo sozinho.”

“Não tem ninguém para preencher meu vazio.”

“Tem gente que não dá valor à família. Eu tenho, mas é como se não tivesse. Quando comecei a ter problema psiquiátrico e usar remédio, a família sumiu”.

“O meu motivo foi o falecimento do meu pai, infartou de repente, era muito calmo. Eu nunca tinha ido no psiquiatra. A gente vai passando as coisas e vai acumulando na vida. Perdi minha mãe também.”

“Depois que me tornei vagabundo [aposentado], eu procurei tratamento, porque minha mulher me cobrou. Tenho um passado muito problemático, perda de 2 filhos e quase perda da minha mulher. Isso tudo vai acumulando na sua cabeça. Comparo a cabeça a uma lixeira: uma hora ela transborda. Eu cheguei num extremo. Estou ingressando aqui hoje. Eu cheguei num ponto que queria me suicidar.”

“35 para 40 anos de tratamento. Eu tinha um marido que bebia. Tive muita decepção dentro de casa. Três dias de casada e já me decepcionei. 40 anos de tratamento.”

“É marido que bebe, problema com filho... Tomo remédio faz 6 anos.”

“[Faz uso de medicamento] Desde quando minha mãe morreu, uns 10 anos.”

“To desde 2006 aqui. O motivo foi a doença do meu marido, AVC, ficou na cama, eu fazia tudo pra ele, via aquilo e comecei a ficar com depressão.”

“Minha mulher me abandonou, foi embora. Depois minha filha”

“No trabalho as pessoas não me davam valor, me colocavam pra baixo.”

“A gente mora sozinho, chega uma hora... eu gosto muito de conviver, conversar.”

“To tendo medo de morar sozinha.”

“Não tenho a sorte dela [se referindo a outra paciente, cuja família é descrita como unida]. Todo mundo me despreza”.

“Quando eu tive problema de nervo, que tive essa depressão, depois da perda dele. Porque antes eu tinha perdido meu marido. Então eu já fiquei com esse problema. Então 10 anos depois eu perdi meu filho.”

Outros fatores de importância observados nas falas, que apareceu com grande frequência principalmente durante os grupos, foram os sintomas relacionados a problemas de

saúde em geral e as queixas relacionadas com o sistema e serviços de saúde. Muitos se consideram injustiçados e abandonados pelo governo.

Ao ser descrito por muitos deles como o grande problema do dia-a-dia, a peregrinação pelos serviços de saúde (assunto recorrente em todos os grupos observados) evidencia a dependência do saber médico e o aparecimento de somatizações, sendo que os sintomas, que serão interpretados por este saber médico, se mesclam com a vida cotidiana dos pacientes, e entre esses muito comuns são aqueles originados do significado dado ao “nervoso”.

Para Canguilhem (2000) a generalização do que é o patológico se torna então algo de grande imprecisão, principalmente no caso do transtorno psíquico, que não tem consciência do seu estado.

“Sei lá, a minha vida toda foi um fracasso, sabe? Aí vai virando uma bola de neve, aí vai caindo a tua ficha, eu falei: Poxa, eu sou um fracassado mesmo. Eu sentia a minha carne tremer assim, assim. É nervoso, quando a carne fica tremendo assim. Quando o negócio começa a tremer é nervoso”.

“(A peregrinação pelos serviços de saúde)... Mexe com nossa autoestima, com nosso emocional.”

“Estou discrente (com o sistema de saúde).”

“Eu cheguei aqui com pressão alta. O que me levou a isso foi o sistema nervoso, depressão.”

“Junta um pouquinho de cada coisa, 7 a 8 anos, me abalou a coluna.”

“Um sistema nervoso que não era eu. Tinha náusea, vômito”.

“Entrei em depressão antes de operar o coração, com medo de operar.”

“Problema de falta de ar, tipo um pânico. Também eu sentia muita revolta, eu vomitava muito, era um troço que atingia a minha cabeça, atingia o estômago e eu pensava que era estômago, mas não era, era o sistema nervoso que atingia o estômago.”

“O nervoso era tanto que eu não falava, achava que era problema de garganta. Eu entrei em pânico”.

“Tinha que saltar do ônibus... Já fui várias vezes para a emergência em choque, por causa do meu trabalho, muito barulho lá. Eu trabalhei em metalúrgica, isso acabou com a minha saúde. Muito barulho, calor.”

A partir da análise dos resultados referentes às justificativas e motivos apresentados pelos pacientes, verificou-se que os problemas decorrentes dos problemas da vida e das adversidades da condição humana tiveram grande impacto na situação emocional dos sujeitos de pesquisa. Assim, a forma como lidam com estas queixas foi decisiva para o

estabelecimento e manutenção do uso de BZD, embasado em um diagnóstico relacionado a um problema mental, corroborando com a ideia de que a medicalização permeia a sociedade no senso comum e nos serviços de saúde.

8.2 Itinerários

Referem-se às descrições sobre o itinerário terapêutico realizado, o caminho percorrido até o momento da pesquisa, o cenário inicial da primeira utilização do medicamento.

Tendo em vista o risco de dependência e os graves efeitos colaterais que esses medicamentos podem causar, considerando-se a prescrição e o consumo excessivo destes medicamentos como fenômeno presente no cotidiano dos serviços públicos de saúde, a identificação e o entendimento dos itinerários que levam à prescrição e ao uso crônico e/ou incorreto dos BZD podem colaborar para ações e novas estratégias a fim de minimizar a medicalização dos sofrimentos, e na maior articulação entre atenção básica e saúde mental.

Durante a observação aos grupos, constatou-se que apesar das recomendações para que o uso de BZD ocorra em períodos curtos, os participantes da pesquisa o fizeram, ou ainda fazem, por anos. Considerando que a estrutura do grupo tal como está organizada hoje, (iniciou-se há apenas três anos), podemos considerar que estes pacientes, conforme indicação dos profissionais para participação, fizeram uso prologado destes medicamentos.

“Estou há 19 anos [em tratamento]. Tive pânico, não gostava de estar com as pessoas. Não durmo de noite, só de dia. Tentei diminuir (o medicamento), mas veio uma vontade de atacar o pescoço de alguém. Não me adaptei com fluoxetina.”

“Quando eu comecei a me tratar na psiquiatria foi em 95. E a depressão pelos familiares é levada como frescura.”

“Há 12 anos aqui. Stress também.”

“Poxa, o Rivotril eu tomo ele direto. Muitas vezes não, eu fui tomando muito só em 2010 mesmo, de 2010 pra cá. (...) Não, ele não deu prazo não [o médico]. É por tempo indeterminado, vamos dizer assim. Estou tomando até hoje. A mesma dose, de 2 mg..”

“Tomo remédio controlado desde 82. Fiquei muito tempo no alcoolismo, me deu um problema psiquiátrico, quase fui internado.”

“Eu sou antigo aqui. Eu estou aqui já há 40 anos. Eu era novo, ele (o médico)

também era novo na época, ele saiu daqui agora em 2009. Aí tem esse negócio, eu tomo remédio há 40 anos.”

“Foi quando eu perdi um irmão que morava comigo. Isso já tem 20... Não, tem 19 anos. Porque eu cheguei aqui muito ruim. Muito ruim mesmo.”

“Olhe, eu pra eu poder te dizer eu me tratava no norte desde a idade dos 19 anos. Aí eu nem lembro como que foi, depois eu vim embora pra aqui pro Rio, me tratava no Engenho de Dentro.”

“Estou faz 30 anos (em tratamento na psiquiatria). Depressão mesmo.”

“Estou tomando Rivotril, sabe? Junto com Cloridrato de Imipramina. Aí isso aí está desde 2010. Sabe?”

Observou-se que boa parte dos pacientes foi encaminhada em algum momento para consulta com especialista psiquiatra, onde iniciaram o tratamento medicamentoso. Na realização desta pesquisa, não houve a pretensão de discutir a adequação de diagnóstico ou particularidades técnicas da terapêutica medicamentosa, e sim focar a análise no objeto de estudo vinculado ao próprio processo de “medicalizar”, que, diferente de medicar, é aqui compreendido como fazer de algo ou alguém um objeto do saber, da prática, ou da tutela médica frente a sofrimentos, de forma prioritária e exclusiva, em detrimento a outras alternativas terapêuticas, como entendemos ser o caso no crescente processo de prescrição de psicofármacos, em especial os benzodiazepínicos.

“Eu já vinha andando pro neurologista aqui. Esse médico antes do psiquiatra que ele... Acho que é neurologista mesmo, aí foi que me encaminhou pro Zé Roberto (psiquiatra aposentado pela Policlínica).”

“Aí ele me encaminhou daqui pro centro de psiquiatra, aí eu vim, fui bem atendida, o psiquiatra muito bom mesmo.”

“É, eu comecei aqui, eu comecei com oftalmologia, cardiologia... Aí da cardiologia fui encaminhada para e depois da cardiologia fui encaminhada para o psiquiatra. Estava em ponto de enlouquecer.”

“Quando eu vim pra cá me tratava com um médico, não era grupo. Só era mesmo o meu médico mesmo. Mas eu vim pra cá porque entrou a perda de um filho que eu tive. Então entrei em depressão e não conseguia controlar... Ia no cardiologista, mas o cardiologista também não podia fazer nada também. E me encaminhou pro psiquiatra. Então agora já tem mais de 20 anos.”

“Eu fiz uma triagem lá. Eu passei pela Dra. Mariana que é psicóloga.”

“Não, primeiro eu fui na clínica geral, aí na clínica geral me mandou pra psicóloga e

a psicóloga me mandou pro psiquiatra que foi aqui.”

Em outros casos, observou-se que o início de uso dos medicamentos deu-se fora dos serviços de saúde e da tutela do médico. Ao procederem, por exemplo, a uma auto-prescrição, invariavelmente de modo equivocado - apesar de muitos estarem convictos de que o realizam – este uso é também um ato específico quando se refere à reprodução de conhecimentos, de um saber já estabelecido, de um senso comum instituído acerca dos conhecidos benefícios associados ao medicamento.

Os medicamentos nem sempre são prescritos pelos serviços de saúde ou pelo médico, o que nos faz supor a não existência unidirecional de seu consumo, começando nos serviços de saúde e terminando na sociedade. O consumo de medicamentos participa de uma condição cíclica onde os consumidores também ditam como devem tomar, ora convencendo a prescrever, ora se automedicando, ora prescrevendo. Por isso, não reduzimos a medicalização à relação médico-paciente (Conrad, 1992).

“A minha mãe, quando a minha mãe era viva ela tomava Rivotril. Aí às vezes eu tomava dela, mas eu tomava só a metade porque pra quem não está acostumado a tomar esse remédio... Não, ela sabia, ela sabia. Mas eu não tomava direto, eu só tomava quando estava muito agitado, sabe?”

“Usei pela primeira vez da minha irmã. Não tive mais ataque de pânico.”

“Porque dizem que a depressão é a doença do século. Né? É isso, né? Nego fala de Zica, Zica, mas a depressão.”

“Diazepan eu tomo desde que me deu esse problema. Esse problema me deu 95, eu nem tinha minha filha ainda... Depois de 5 meses de gestação ele (o ginecologista) liberou até o antidepressivo pra mim tomar.”

Não se pretende desconsiderar a utilidade dos psicofármacos, que, em muitos casos, chegam a desempenhar um papel importante no tratamento de certos pacientes. No entanto, não podemos deixar de constatar a grande medicalização do sofrimento psíquico através da prescrição de psicofármacos. Não se deve desconsiderar o avanço psicofarmacologia, mas alertar sobre a promoção maciça e indiscriminada destes fármacos como solução *a priori* e única em muitos casos, perante o sofrimento psíquico. Trata-se então de chamar a atenção para o espaço ético do acolhimento, da escuta, do tratamento pela fala, da implicação subjetiva do outro, frente à complexidade das relações que permeiam os sujeitos, social e subjetivamente.

Importante destacar que a prescrição de psicofármacos não é ato exclusivo do profissional psiquiatra. No que diz respeito à prescrição de benzodiazepínicos por

profissionais médicos de outras especialidades, os achados corroboram para o fato de que o início do uso indevido de BDZ parece envolver a baixa percepção das consequências deletérias destes medicamentos, podendo ser um fator relevante que favorece o fenômeno:

“Tive ruim mesmo, quase todo dia ia para a emergência, me davam um “sossega-leão” e eu melhorava. Agora tomo esses remédio de maluco aí, de rivotril”.

“Fui no cardiologista. O clonazepam foi bom, tirou o medo que eu tinha”

“Estava com muita insônia. O endócrino me passou o diazepam.” (paciente diabética).

É inegável que a configuração das formas da atenção no contexto estudado, sobretudo no que elas têm de médico-centradas, provavelmente desempenha um importante papel. É possível que se esteja utilizando o medicamento como resposta *a priori* para qualquer tipo de sofrimento psíquico?

Também não podemos descartar possíveis distorções de planejamento e formação, pois é inegável que, nos últimos anos, marcados pelos desmembramentos da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial, muitas diretrizes e propostas de transformação têm sido implantadas, mas ainda parece haver pouco interesse na análise do perfil epidemiológico e na avaliação do impacto dos programas implantados no sentido da “desmedicalização”.

Tratamentos cognitivos podem ter melhor custo benefício do que tratamentos farmacológicos a longo prazo (NUTT, 2005). Porém é preciso que estas terapias estejam disponíveis de forma mais abrangente. Sabe-se do seu custo elevado e da dificuldade de acesso, tanto quando se fala de serviço público de saúde, quanto na rede privada.

Conrad (2007) destaca para um favorecimento concedido pelas seguradoras de saúde a tratamentos com medicamentos, em detrimento de alternativas como as psicoterapias (individuais ou em grupo), e desta maneira as seguradoras teriam influenciado no aumento da utilização de medicamentos psicotrópicos, contribuindo para a medicalização de problemas da vida.

Isso aponta para a necessidade de melhor formação e atualização dos profissionais, assim como de informação dos usuários, medidas de prevenção primária, que poderiam resultar em grande impacto social a um baixo custo. Neste cenário, não apenas a classe médica, mas os profissionais de saúde em geral como enfermeiros, psicólogos, agentes comunitários e farmacêuticos, poderiam ser alvo de tais medidas, já que está em posição privilegiada para alertar sobre os riscos e monitorar o uso destes medicamentos junto à população.

8.3 Medicamentos

Referem-se às percepções acerca dos medicamentos que utilizam, os conhecimentos que possuem sobre o mesmo, queixas de reações adversas associadas ao uso do medicamento, relatos de experiências sobre o uso e dependência;

Um fator que favorece a utilização prolongada de BZD é a percepção dos indivíduos de que estes produzem efeitos terapêuticos gratificantes e rápidos, a percepção do medicamento como algo positivo para alívio dos problemas cotidianos de forma rápida. Nota-se a busca de alívio sobre sentimentos e sintomas negativos que, quando aparecem, a ação é a tomada do medicamento.

O homem de hoje, ao colocar-se na posição de doente, se sujeita à condição de quem precisa de cuidados que ele não acredita poder prover, e irá buscar soluções na exterioridade de um saber especializado através de um profissional de saúde o alívio para seu sofrimento.

Os BZD parecem ter este sentido para os sujeitos desta pesquisa, uma vez que comumente são utilizados para aliviar os sintomas decorrentes de pensamentos e sentimentos negativos relacionados a problemas enfrentados na vida, necessários para continuar suas atividades diárias. Assim, comportamentos antes considerados normais passam a ser considerados patologias que devem receber tratamento farmacológico.

“O medicamento atua como impermeável, as cargas vêm, mas eu seguro”.

“Ah, eu quando estou nervosa aquele dia eu tomo.”

“Então agora já tem mais de 20 anos, então por isso eu cheguei... Melhorei, sabe? Foi muito importante o tratamento porque tem dia que eu estou... (simulando humor irritado). Não posso passar sem o remédio aquele dia.”

“Tem dia que eu tomo até durante o dia, que eu sinto que eu estou passando mal, eu tomo ele, aí deito, dou uma meia hora aí já volto outra pessoa, sabe? É um tranquilizante, só mesmo. Não é pra fazer dormir, é tranquilizante.”

“Às vezes eu tenho facilidade até de brigar mais sem o remédio.”

“Eu sinto isso tudo. Eu passo a ter ódio das pessoas também, tem um monte de problema.”

“Porque eu sinto até apertozinho, um troço me apertando, eu tenho que tomar, não posso ficar sem remédio.”

Quando se trata dos processos relacionados à dependência, foi possível perceber que a dependência de BDZ é delicada e deve ser avaliada com cuidado, e a melhor estratégia é a

redução gradual da dosagem, pois tentativas de retirada abrupta geram sintomas de abstinência mais pronunciados e fortes, conforme visto anteriormente.

“Eu fujo para ir comprar medicamento”.

“Quanto tempo eu tomo esse bromazepam e não páro de tomar? Acho que não vou parar nunca. Às vezes tento tomar só metade.”

“Eu fui para São Paulo que a minha irmã minha ficou doente também, ela até faleceu. Eu não levei o remédio, quase que eu fiquei doida, mas ninguém me vendeu sem receita, eu estava com a passagem de volta, tive que pagar uma multa para poder vir embora logo. Aí minha filha foi lá no hospital e arrumou pra mim uma receita.”

“Se eu não tomasse eu não conseguia, sabe? Parecia que aquele remédio que resolvia o problema..”

“Quando eu paro de tomar principalmente o Rivotril, aí eu brigo até com as paredes, vejo coisa e há coisa na minha cabeça que não existe e eu acho que tem que ser aquilo. Eu já acho que não posso ficar sem esse remédio.”

Outro ponto observado foi a preocupação dos pacientes com a manutenção do estoque, e com o acesso aos serviços de saúde para conseguir atendimento e receitas.

Como indicam nossos dados, o início do uso dos medicamentos pode estar marcado por algum acontecimento comum e de efeitos passageiros, mas os efeitos do uso prolongado podem prolongar-se indefinidamente e a perspectiva da falta desse medicamento torna-se um problema, e as pessoas passam a utilizá-las por um tempo muito maior do que o dos acontecimentos circunstanciais que as levaram ao consumo.

“O que eu faço pra mim apanhar a receita aí pra mim e a remarcação?”

“Se o grupo for daqui mais de três meses, tem que passar mais remédio. Tenho que tomar todo dia”.

“Isso aqui é muito bom, não é todo hospital que dá essa consulta, esse remédio pra gente. Eu não posso ficar sem o remédio.”

“Ah, eu compro. Olha a Dr. V. (psicóloga) mandou pegar no posto, mas no posto remédio caro não tem, só tem remédio barato.”

Os benzodiazepínicos figuram como medicamentos com razoável margem de segurança e inegável eficácia, o que justifica sua popularidade junto aos médicos e à população leiga. Como demonstrado anteriormente, apesar da segurança oferecida pelos BDZ, observa-se na literatura a recomendação preferencial de outras intervenções que não a prescrição de BDZ para o tratamento ou alívio sintomático de estados ansiosos e de insônia.

São recomendados agentes farmacológicos não pertencentes à classe dos BDZ, bem como intervenções psicoterápicas ou a combinação de ambos.

Embora relativamente seguros, observamos nas falas abaixo efeitos colaterais expostos pelos usuários.

Como já visto, os principais efeitos colaterais descritos envolvendo os BZD são a diminuição da cognição, amnésia anterógrada, sedação, redução da coordenação, aumento do risco de acidentes, tolerância, assim como riscos de abuso e dependência (AUTHIER et al., 2009).

“To com muito esquecimento com bromazepam. A médica falou que é assim mesmo, e a tendência é só piorar.”

“Que tem vez que eu me perco, né? Ai eu esqueço as coisas.”

“Todos os remédios para ansiedade me davam dor de barriga. To diminuindo a medicação”

“Acho que durmo demais, to muito esquecida.”

“Sinto muito sono com remédio. Às vezes, caí da cama várias vezes. Tenho que tomar só meio comprimido, senão vou direto.”

“Eu, quando eu tomava muito eu parecia que eu não me sentia... Eu acho que é a pessoa dopada. Que eu não sentia. Eu me cortava com alguma coisa eu não sentia. Aérea. Eu não trabalhava mais. Eu não fazia mais nada porque... E nem saía sozinha porque eu não sentia nada, pra mim estava meio aérea.”

“Eu estava nervosa demais! Depois tive problema com o Diazepan que estava dando dor de cabeça.”

“O Diazepan da dor de cabeça. Esse que eu tomo não.”

“Eu não era barrigudo, hoje eu sou barrigudo, tenho mais sonolência assim.”

“Sinto esses apertos assim, provoca vômito, como eu lhe falei já.”

“Porque, olha só, eu me lembro como se fosse hoje. A primeira vez que eu tomei um Rivotril inteiro parece que eu tinha tomado uma caixa de cerveja. Eu saí segurando assim pelas paredes, agarrando pelas paredes até chegar na minha cama e apagar. Eu fui botando a mão assim pelas paredes, até chegar na minha cama que parece que eu tomei uma caixa de cerveja sozinho.”

O desejo de diminuir a dosagem do medicamento é uma preocupação, e alguns relataram tentativas frustradas (evidências de ocorrência do fenômeno da tolerância), e outros parecem estar em um caminho onde a total retirada parece viável.

“Eu não posso ficar sem o remédio. Eu já tentei diminuir, não consegui não.”

“Se eu tirar um desses eu melhoro uma coisa, mas não melhoro de outra. Só está funcionando os dois (referindo-se ao benzodiazepínico e ao antidepressivo inserido pelo psiquiatra do serviço).”

“O Diazepan não faz efeito pra mim não. A Amitriptilina ainda faz”.

“Parece que os remédios não ‘está’ fazendo efeito. Eu ainda falei assim: puxa, parece que eu estou tomando água.”

“Poxa, eu acho que ele não está mais fazendo efeito não, sabe? Parece que tem que aumentar a dosagem - Sei lá! Quando você vai tomando muito ele parece que o remédio não está mais fazendo efeito.”

“Porque um que era o antigo que funcionava, depois desse problema que eu tive ele não cumpriu mais a função de todos os sentidos, precisou de um outro pra complementar. Então não posso ficar nem só com um, não adianta, já tentei num...”.

Sem eles eu não... Eu não estou assim... Eles causam uma certa dependência, né?”

“Pra mim é essencial, não posso ficar sem ele não.”

“É, tem dia que tomo, tem dia que não tomo. Só o dia que eu sinto que eu estou meio assim...”

“Só é que eu comecei o Rivotril... Às vezes eu passo 2 dias sem tomar, que às vezes eu quero deixar.”

“Dependente, desse Rivotril e do Sulpan, estou dependente porque quando eu tomo um e não tomo o outro não adianta que não faz efeito, não faz. Só os dois e juntos”.

“A gente não quer ficar dependente de remédio, mas se for, vai fazer o quê? Né? Já estou na idade já de 69 anos. Tem que ver como vai ficar, né?”

“Eu acho que é, por causa de muito tempo também, né? Ah, esperava sair desses remédios, mas eu acho que não vou sair, né? Por causa da minha idade. É. Às vezes eu pego um Rivotril de um eu faço dois pra ver se eu consigo tirar entendeu? Ficar mais fraco. Tomo a metade. Mas até agora eu não consegui sair não. Às vezes até meus clientes falam assim: ‘Pô, você é maluca e trabalha muito bem.’ Eu falei: “Eu não sou maluca, eu tenho um distúrbio mental, todo mundo tem, todo mundo tem.”

“Eu já comecei a parar de tomar o remédio pra dormir, só tomo de vez em quando, mas precisa de coragem.”

“Ele (o médico) foi testando os medicamentos porque tinha uns que eu me dava, outro não. Até que eu fiquei tomando 8 medicamentos aí foi quando eu fui melhorando, melhorando. Aí eu tomava muito, eu tomava 8 comprimidos pra mim conseguir ficar calma, dormir. Eu não conseguia mais sair... eram medicamentos diferentes.”

“Ah, não! Eu tenho muito medo (rindo) de tomar remédio... Eu só tomo remédio passado pelo médico.”

“Também não tomo remédio todo dia não. Está controlando, está controlando, mas também depois de 20 anos, né? Que eu tomo os remédios. Quando eu comecei, comecei com 2 remédios. Era Supam e Diazepan. Depois com o tempo ele foi tirando o Supam. Supam agora eu só tomo... Só tomo 2 Diazepan. Só tomo esse Supam só de vez em quando, quando eu estou meia...”

“(O médico disse:) Agora a gente vai... Eu vou passar esse medicamento, vamos ver como que você vai reagindo.”. É tanto que eu estava aqui, quase toda semana eu estava aqui para ver como é que eu estava reagindo com os medicamentos. Aí conforme aquele já não estava... Eu me sentia mal com um, ele tirava e já passava outro. Até acertar o remédio certo”.

“Não, eu quando eu viajo pro norte, que é bem calmo, eu durmo sem o remédio. Lá eu durmo sem o remédio. Os dias que eu fiquei lá eu tomava só um de cada. Comigo mesmo, eu tentando tomar só um de cada. Porque lá tem família, a gente conversando, eu não tinha tempo, não parava, andava muito, cuidava da minha mãe, aí eu tomava só um.”

“Se eu falo que o remédio está fazendo efeito ou não, ele está bom, se está ruim, eu falo para ele (o médico), né?”

8.4 Relatos sobre o serviço

Referem-se aos relatos de melhoras na qualidade de vida em geral e nos sintomas e queixas iniciais com a participação nos grupos desenvolvidos pela Policlínica, se os anseios iniciais foram alcançados com a ajuda do serviço em questão.

“Ai, eu gosto! Eu gosto porque aí eu converso, a gente conversa pra trocar as ideias, eu gosto.”

“A senhora (a psicóloga) vai ajudando a gente a encontrar o caminho.”

“Eu tenho como escutar e interagir, pra mim é muito bom.”

“Se ela não escutasse a gente, não ia ser bem pior?”

“Eu tenho esperança que ela (a psicóloga) possa ajudar”.

“Eu melhorei, foi muito importante o abraço que consegui dar no meu pai”.

“Ninguém quer estar errado, ninguém gosta de perder. Ser humano não é igual

bicho”.

“Temos que ter mais compreensão. Esse papo aqui é muito gostoso. A gente sai leve.”

“Pra mim mesmo ajuda bastante. Tem mulher que fala assim: “Ah, isso não adianta. Adianta muita coisa, eu acho que adianta”.

“Tenho estado no grupo sim, mas tem momentos, né? Tem momento que a gente está alegre, momento que a gente está triste.”

“Foi bom porque tem contato com muita gente vê que tem pessoas que têm mais problemas que a gente ainda, né

“Eu pensei que tinha problema, mas tem gente que tem mais problema do que a gente”.

“Ajudou. Ajudou muito”.

“Ele te ajuda um pouco, porque sempre a gente conversando e tudo se desfaz muitas coisas. Embora seja diferente dos outros, mas tem que ter, dificilmente aquele que não tem problema algum.”

“Bom, ajuda bastante, que a gente vem e escuta as conversas, né? E ajuda bastante a gente.”

“Porque no grupo você vai, um conversa uma coisa, um já fala uma coisa, você fala outra coisa e já vai conversando. E só isso de conversar já vai ajudando. A mim me ajudou muito.”

“E ajudar as pessoas também com a sua ajuda. Eu gosto.”

Muitos pacientes relataram melhoras em seu estado geral com o acompanhamento pelo serviço.

“Eu era acanhado, tinha aquele medo, tinha vergonha.”

“Esse papo aqui é muito gostoso. A gente sai leve.”

“O grupo é bom para você animar de começar a tratar, expor o que ta sentindo, as pessoas em casa não entendem.”

“Mas aqui eu to pensando num futuro melhor.”

“Coisa que eu fazia, acho que agora eu estou botando tudo pra fora.”

“Eu fui só melhorando, melhorando, melhorando... Aquela depressão que eu tinha que só chorava, só chorava, aí eu fui melhorando.”

Sobre as atividades prazerosas incentivadas pelo acompanhamento no grupo e que foram iniciadas, observamos também respostas positivas e que auxiliam na melhora dos sintomas.

“To começando a correr, to comendo fruta. Melhorou a auto-estima, disposição para o trabalho. Durmo melhor agora.”

“Ah! Me ajudou muito! Muito na autoestima, né? De sair. Até de show, que eu não ia assistir show, ir pro teatro, cinema. Ah, me ajudou muito.”

“Eu trabalho, hoje em dia já trabalho, saio sozinha, já faço minhas coisas tudo... É bom, é bom, o trabalho é bom porque ocupa a minha mente.”

“Até viajar. Eu viajei no mês passado cheguei agora dia... Coisa que eu não fazia. Fui sozinha. Fazia muitos anos que eu não viajava sozinha. Quem me viu do jeito que ela me viu e hoje eu estar independente, fazendo minhas coisas tudo sozinha. Ai! Agora eu já estou até é tentando levantar meu filho.”

“Eu boto, vou escutar música, aí melhora também bastante.”

“E também sou muito religiosa, gosto muito de igreja, essas coisas. Sempre estou indo, sempre vou para a igreja, não falto um domingo. Então tudo faz bem, sabe? E ajudar as pessoas também com a sua ajuda. Eu gosto.”

“Eu ando muito de bicicleta agora.”

“Entrei na academia para aprender a dançar, depois saia para dançar festa de salão, forró, essas coisas.”

“Depois que eu disse: Não, eu vou começar a sair. Entrei numa academia para poder dançar. Então isso foi aliviando cada vez mais, aí eu fui diminuindo o remédio que eu saía pra divertir, sabe? Ouvir música. Isso dá uma diferença danada. Então eu fui melhorando.”

“Quem me viu do jeito que ela me viu e hoje eu estar independente, fazendo minhas coisas tudo sozinha. Ai! Agora eu já estou até é tentando levantar meu filho. Porque no grupo você vai, um conversa uma coisa, um já fala uma coisa, você fala outra coisa e já vai conversando. E só isso de conversar já vai ajudando. A mim me ajudou muito. Coisa que eu fazia, acho que agora eu estou botando tudo pra fora.”

Com relação à diminuição dos medicamentos em uso obtivemos dados relevantes e que atendem ao objetivo maior do trabalho do grupo. Estes achados demonstram um bom funcionamento do grupo como ferramenta para uma maior conscientização sobre a utilização de medicamentos e colaborando para diminuir a dependência.

“Já estou a quase 2 meses sem remédio para dormir, porque quando tomo eu durmo muito”.

“To conseguindo passar, 2, 3 dias sem o remédio”.

“Aí foi tirando os remédios, os remédios. Aí agora só tomo um”.

“Aí ele (o médico) também já começou a diminuir, já diminuiu mais 2”.

“Aí já me diminuíram mais 3 medicamentos, agora estou só com 2”.

“Eu hoje tomo menos. E eu tomava era 4 no dia, hoje estou só com dois. É com o grupo”.

“E a médica daqui como é que ela está conduzindo, ainda está tentando vê se diminui ainda mais o remédio...”

“Aí ela (a médica) que já diminuiu... Hoje ela vai diminuir mais ainda”.

“Eu achei que eu estou melhorando bastante com o grupo, interagindo com o grupo e os médicos aqui, ai eles vêm diminuindo o que eu tomo.”

“E a médica daqui como é que ela está conduzindo, ainda está tentando vê se diminui ainda mais o remédio ou está tentando...”

“Aí ela que já diminuiu... Hoje ela vai diminuir mais ainda.”

“Eu achei que eu estou melhorando bastante com o grupo, interagindo com o grupo e os médicos aqui, ai eles vêm diminuindo o que eu tomo. Que se Deus quiser eu quero sair (rindo) desse medicamento.”

“Estou liberta” (sem medicamentos, estava desde 2005). Não estou sentindo nada”.

“Comecei com muitos, muitos. Graças a Deus que já estou, já estou só com os dois só.

“Fui diminuindo, cortando ao meio, tomava de 3 em 3 dias, 1x por semana...”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alta prevalência de transtornos psíquicos, em função de fatores complexos e as altas taxas de medicalização envolvidas no manejo terapêutico, indicam a grande relevância de investigar o fenômeno com profundidade.

Pretendemos problematizar neste estudo o imperativo do consumo crônico dos fármacos benzodiazepínicos nos Transtornos Mentais Comuns, cuja abordagem se revela extremamente complexa em função da sua magnitude social.

Neste sentido, procuramos investigar até que ponto o consumo se tornou ou está se tornando um dispositivo de medicalização, operando como um poder, técnica e estratégia de anulação do sujeito, estando ligado a configurações de saber (próprios da Medicina e da Psiquiatria), regulando o espaço social e exercendo papel sobre a ideia de normalização.

Nossos achados corroboram com esta lógica, indicando a construção do sujeito “normal”, objeto - sem subjetividades, valores, contextos – e que incide na transformação dos psicofármacos em solução prevalente ou única, perante o mal-estar e a dor psíquica.

Visualizamos que pacientes adquirem conhecimentos sobre suas doenças e seus diversos tratamentos através de repetidas visitas aos serviços de saúde, colaborando nas ideias e concepções sobre as terapias medicamentosas, pelo viés biomédico e simbólico contido no objeto medicamento.

Nesse sentido, acreditamos que devemos caminhar para a construção de políticas e serviços de saúde preparados para orientar de forma clara sobre o uso dos medicamentos; e profissionais preocupados em conhecer as concepções dos pacientes sobre os sintomas de suas doenças e as reais indicações terapêuticas dos tratamentos disponíveis.

Destacamos a existência de recomendações para a utilização de outras formas de tratamento para a ansiedade, como por exemplo, terapias cognitivas, técnicas de relaxamento, uso de fármacos como o Zolpidem e o Zaleplon para o tratamento da insônia com vantagem sobre o uso de BDZs (DOOLEY; PLOSKER, 2000), e o uso de antidepressivos, devido ao risco de dependência aos benzodiazepínicos. Tais diretrizes apontam para que a utilização dos benzodiazepínicos seja de curta duração, pois aliviam os sintomas rapidamente, até que o efeito do antidepressivo se evidencie. Somente casos resistentes devem fazer uso dos benzodiazepínicos por um período maior (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Acreditamos ser de extrema importância conhecer as histórias de vida dos usuários, o que pensam sobre seu tratamento, o que sentem quando estão sob o efeito do medicamento,

suas perspectivas sobre os problemas e a vida, para ser possível criar estratégias de intervenção e prevenção, no sentido de verificar as reais necessidades de tratamentos com medicamentos.

Objetivamos com este trabalho dar voz às concepções dos usuários, contextualizando sua dependência de acordo com a realidade sociocultural e apreender nos itinerários terapêuticos o percurso no qual o medicamento acompanha a vida as pessoas. Observando o consumo de medicamentos de forma contextualizada, buscamos elaborar um diálogo entre o conhecimento prévio e as experiências vividas pelos sujeitos pesquisados.

Buscamos enxergar o consumo por intermédio da interação dos usuários com os demais atores atuantes nos contextos individuais, como prescritores, meio social, serviços públicos; com um olhar crítico a fim de fazer as ligações entre os olhares dos sujeitos e os modelos pré-concebidos por eles, e como estes influenciam em seu papel como consumidores.

Em função do seu poder iatrogênico e de dependência, e em virtude de uma parte significativa das ações em Saúde Mental ainda concentrarem-se em uma lógica tradicional altamente medicalizante, baseada em conceitos psiquiátricos reducionistas e organicistas, conforme convergem os achados deste trabalho, apontamos para a necessidade de outras leituras que possam contribuir para a construção do conhecimento de políticas de saúde em Transtornos Mentais Comuns, já que estes estão às margens da estrutura dos serviços de Saúde Mental dos CAPs, que não foram idealizados para dar conta desta dimensão do cuidado.

Neste sentido, nos deparamos nesta pesquisa com uma eficiente ferramenta de grupo que atua na conscientização dos pacientes e na melhora das condições gerais. Através das falas e depoimentos dos participantes, observamos resultados significativos na diminuição progressiva do consumo acompanhada pelo psiquiatra, substituições por outras classes terapêuticas e incentivo ao autocuidado e a práticas de atividades de bem-estar.

“É a doença da alma. Sabe? Que eu conheço gente que não tem nada na vida e só vive com um sorriso estampado no rosto. Muitas vezes... Às vezes precisa de remédio, mas muitas vezes não. Mas quanto menos remédio a gente tomar eu vejo que é melhor. Claro que tem gente que tem doença que precisa tomar. Porque eu não quero tomar esses remédios pro resto da vida. Comecei com muitos, muitos. Graças a Deus que já estou, já estou só com os dois só. Que se Deus quiser eu quero sair desse medicamento. Às vezes a gente tem mais força do que pensa.”

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). **Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados, 2010**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/sngpc/index.asp>>. Acesso em : 9 out. 2015.
- _____. Transtornos de ansiedade. **Boletim Saúde e Economia**, Brasília, Ano V, n. 10, dez. 2013.
- AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **Br J Psychiatry**, v. 171, p. 524-529, Dec. 1997.
- AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1995. (Panorama ENSP).
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- _____. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; CEBES, 2008. p.735-760.
- AMARO, F.; SASS, D. S. Um estudo sobre a singularidade do adoecimento psíquico. **Horizonte Científico**, Uberlândia, v. 7, n. 1, set. 2013.
- ANGELL, M. **The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it**. New York: Random House Trade Paperbacks, 2005.
- ASHTON, H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. **Curr Opin Psychiatry**, v. 18, n. 3, p. 249-255, 2005.
- AUTHIER, N. et al. Benzodiazepine dependence: focus on withdrawal syndrome. **Ann Pharm Fr.**, v. 67, n. 6, p. 408-413, Nov. 2009.
- BACHHUBER, M. A. et al. Increasing benzodiazepine prescriptions and overdose mortality in the United States, 1996–2013. **Am J Public Health**, v. 106, n. 4, p. 686-688, Apr. 2016.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, J. A. C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 5, p. 377-386, Oct. 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 mar. 2008. Seção 1, p. 38.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dezembro 2011. Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 648, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71-76.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 maio 1998. Seção 1, p. 37.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. A biomedicina. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 177-201, 2005. Suplemento.

_____. Apresentando Logos: um gerenciador de dados textuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.286-287, 2000.

_____. As armadilhas da concepção positiva de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 76, n.1, p. 63-76, 2007.

_____. **Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 844-846, maio 2013.

_____. Medicina, medicalização e produção simbólica. In: PITTA, A. M. R. (Org.). **Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995. p. 13-24. (Saúde em debate ; v. 94).

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Public health and the knowledge industry. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 1078-1283, 2009.

_____. Saúde mental: novas perspectivas. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 9-12, 2013.

_____.; GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, Dec. 2006.

CAMPOS, M. C. T. **Adaptação transcultural e validação do World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire para enfermeiros brasileiros**. 2011. 230 f. Tese (Doutorado em Ciências)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CAVALCANTI, P. B. Apontamentos sobre o despertar da assistência psiquiatra nacional. **Teor. Pol. e Soc.**, João Pessoa, v. 1, n. 1, p.123-130, dez. 2008.

CHAMMÉ, S. J. Intervenção sanitária na saúde e doença: o avanço das discussões. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec ; Fapesp, 2000. p. 271-283.

CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, v. 18, n.1, p. 209-232, 1992.

_____. **The Medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

COUTINHO, L. M. S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1875-1883, set. 2014.

DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena, ano 3, n. 5, p. 23-41, nov. 2005.

DOOLEY, M.; PLOSKER, G. L. Zaleplon: a review of its use in the treatment of insomnia. **Drugs**, v. 60, n. 2, p. 413-445. Aug. 2000.

FERRAZA, D. A.; ROCHA, L. C.; LUZIO, C. A. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p. 255-265, jul./dez. 2013.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 21, n. 2/3, p. 2, p. 164-176, 2007.

FIGUEIRÊDO, A. A. F. **A construção de categorias e de lugares para a loucura: uma análise dos discursos de usuários de CAPS I.** 2013. 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

FLECK, L. **La genesis y el desarrollo de un hecho científico.** Madri: Alianza Editorial, 1986.

FONSECA, M. L. G. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problemas de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares.** 2007. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

FORTES, S. et al. Cuidando adequadamente de pacientes poliqueixosos usuários de benzodiazepínicos em grupos. In: WONCA World Rural Health Conference, 12., 2014, Gramado, Rio Grande do Sul. **Anais...** Gramado, RS: CMFC, 2014. p. 200.

_____. et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1079-1102, 2014.

_____. **Transtornos mentais na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do Programa de Saúde da Família do município de Petrópolis/Rio de Janeiro/Brasil.** 2004. 154 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

_____.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa Saúde da Família (PSF) de Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 30, n. 1, p. 32–37. 2008.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1982.

_____. **Microfísica do poder.** 26 ed. São Paulo: Graal, 2013.

GAGE, S. B. et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. **BMJ**, v. 349, g5205, 2014.

GARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso e seus efeitos na educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, jan./abr. 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model.** London: Routledge, 1992.

GOODMAN, L. S. **Goodman & Gilman**: manual de farmacologia e terapêutica. Porto Alegre: AMGH Ed., 2010.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INFORMAÇÕES sobre todas as áreas de planejamento. [2006]. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0>>. Acesso em: 25 maio 2016.

International Narcotics Control Board. **Psychotropic Substances**: statistics for 2012. New York: United Nations, 2013.

KAPCZINSKI, F. et al. Use and misuse of benzodiazepine in Brazil: a review. **Subst Use Misuse**, v. 36, n. 8, p.1053-69, June 2001.

KATZUNG, B. G. **Farmacologia básica e clínica**. 10 ed. São Paulo: Lange, 2007.

KOHN, R.; MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F. O ônus e a carência de atendimento da saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 199-207.

KUHN, T. S. **The structure of scientific revolutions**. Chicago: University of Chicago Press, 1996.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 615-632.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

LEFÈVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 500-503, dez. 1983.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p.13-43, jan./jun. 1997.

_____. **I Seminário do Projeto Racionalidades Médicas**. Rio de Janeiro: IMS; UERJ, 1992.

_____. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MACHADO, M. N. M. Entrevistas de pesquisa não-estruturadas e semi-estruturadas. In: GARCIA, F. C.; HONÓRIO, L. C. (Coord.). **Administração, metodologia, organizações, estratégias**. Curitiba: Juruá Editora, 2007.

MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV). Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Editora Artmed, 1994. Tradução de: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4. ed.).

MARAGNO, L. et al, Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-48, ago. 2006.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry**, v. 148, p. 23-26, Jan. 1986.

MARTINS, F. **Psicopathologia II: Semiologia clínica: investigação teórico-clínica das síndromes psicopatológicas clássicas**. Brasília: Universidade de Brasília, 2003. (Coleção Psicopathologia).

MENDONÇA, A. L. O.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. Complexo médico-industrial/financeiro: os lados epistemológico e axiológico da balança. **Physis [online]**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 215-238, 2012.

NIELSEN, M.; HANSEN, E. H.; GØTZSCH, P. C. What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. **Addiction**, v. 107, n. 5, p. 900-908, May 2012.

NUTT, D. J. Overview of diagnosis and drug treatments of anxiety disorders. **CNS Spectr.**, v. 10, n. 1, p. 49-56, Jan. 2005.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10): 10 revisão**. 8. ed. São Paulo: Edusp, 2000.

_____. **Relatório mundial da saúde: saúde mental, nova concepção, nova esperança**. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde; Climepsi Editores, 2002. Tradução de: The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope.

PAULA, P. P. **Saúde mental na atenção básica: política, trabalho e subjetividade**. 2011. 202 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

PIRES, M. L. **Entre a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o que se nomeia demanda de saúde mental?**. 2014. 109f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

PRINCE, M. et al. No health without mental health. **Lancet**, v. 370, n. 9590, p. 859-877. Sep. 2007.

RABELLO, E. T. **Ações em saúde mental na atenção básica em saúde**: manobras de conhecimento e negociação de sentidos. 2014. 107f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

RANG, H. P. et al. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Campus, 2004. Tradução de: Pharmacology (5. ed.).

RANGEL, V. M. **Como se transforma uma demanda espontânea em consulta programada**: considerações sobre a racionalidade biomédica na atenção primária. Rio de Janeiro: UERJ; IMS, 2015. Pesquisa de Pós-Doutorado.

RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun. 2003.

SAYD, J. D. **Mediar, medicar, remediar**: aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1995.

SCHENKEL, E. P. (Org.). **Cuidados com os medicamentos**. Porto Alegre: UFRGS; Sagra, 1991.

SILVA, J. A. C. Psiquiatria S.A. **Revista Veja**, São Paulo, ano 34, n. 25, p. 11-15, jun. 2001.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Michel Foucault e a “história da loucura”: 50 anos transformando a história da psiquiatria. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 3, n. 6, p. 41-64, 2011.

WEICH, S.; LEWIS, G.; JEMKIS, S. P. Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain. **Br J Psychiatry**, v. 178, p. 222-227, Mar. 2001.

WILLIAM, S. J.; MARTIN, P.; GABE, J. The pharmaceuticalization of society? a framework for analysis. **Sociology of Health Illness**, v. 33, n. 5, p. 710-725, July 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 17th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. In: World Health Organization. **The selection and use of essential medicines**: report of the WHO Expert Committee, March 2009. Geneva: WHO, 2009. (WHO Technical Report Series n. 958). p. 1-159.

_____. **Expert committee on mental health**: user's guide to self reporting questionnaire (SRQ). Geneva: WHO, 1994.

_____. Selective serotonin re-uptake inhibitors and withdrawal reactions. **Who Drug Information**, v. 12, n. 3, p. 136-138, 1998.

_____. **The World health report 2001**. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001.

_____. **Toward a common language for functioning disability and health: ICF, The International Classification of Functioning, Disability and Health.** Geneva: WHO, 2002.

ZANELLO, V.; FONSECA, G. M. P.; ROMERO, A. C. Entrevistas de evolução psiquiátricas: entre a “Doença Mental” e a medicalização. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 621-640, dez. 2011.

ZOLA, I. K. Medicine as an institution of social control. In: CONRAD, P. (Ed.). **The Sociology of health and illness: critical perspectives.** 6th ed. New York: Worth Publishers, 2001. p. 404-414.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, jun. 2014.

_____.; BEZERRA JÚNIOR, B.; COSTA, J. F. (Org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea.** Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

ANEXO A – Observação aos grupos de acolhimento.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado “Medicalização e benzodiazepínicos: o olhar do usuário crônico às margens da Saúde Mental”, conduzida por Helen Rodrigues. Este estudo tem por objetivos compreender as razões pelas quais as pessoas começam a utilizar estes medicamentos e porque fazem uso contínuo; apontar de que modo os entrevistados se defrontam com o uso e dependência do medicamento e visualizar os conhecimentos do paciente sobre os principais efeitos colaterais desta classe de medicamentos, através das orientações recebidas pelo médico.

Você foi selecionado(a) por ser participante dos grupos de acolhimento, ser ou já ter sido usuário de medicamentos benzodiazepínicos e ter consentido em participar da pesquisa. Sua participação é voluntária e não obrigatória. Sua participação não será remunerada e não implicará gastos. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Esse projeto oferece riscos mínimos aos sujeitos investigados.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações relativas ao tema, em decorrência de sua participação nos grupos de acolhimento realizados pela Policlínica Piquet Carneiro. Os grupos não serão gravados, a pesquisadora realizará a coleta dos dados relevantes através de suas observações e anotações.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Helen Rodrigues, mestranda em Saúde Coletiva. Endereço: Largo do Machado, 11; apto 403. Catete. Rio de Janeiro – RJ. (21) 98238-0051, hrodriguesjf@yahoo.com.br.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXO B – Entrevistas individuais.**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado “Medicalização e benzodiazepínicos: o olhar do usuário crônico às margens da Saúde Mental”, conduzida por Helen Rodrigues. Este estudo tem por objetivos compreender as razões pelas quais as pessoas começam a utilizar estes medicamentos e porque fazem uso contínuo; apontar de que modo os entrevistados se defrontam com o uso e dependência do medicamento e visualizar os conhecimentos do paciente sobre os principais efeitos colaterais desta classe de medicamentos, através das orientações recebidas pelo médico.

Você foi selecionado(a) por ser participante dos grupos de acolhimento, ser ou já ter sido usuário de medicamentos benzodiazepínicos e ter consentido em participar da pesquisa. Sua participação é voluntária e não obrigatória. Sua participação não será remunerada e não implicará gastos. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Esse projeto oferece riscos mínimos aos sujeitos investigados.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações relativas ao tema em questão através de entrevista a ser realizada na Policlínica Piquet Carneiro, com duração aproximada de 30 a 60 minutos, após o horário regular do grupo de acolhimento. As perguntas serão realizadas pela pesquisadora e somente esta estará presente no momento da entrevista, que será gravada em áudio.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Helen Rodrigues, mestrandia em Saúde Coletiva. Endereço: Largo do Machado, 11; apto 403. Catete. Rio de Janeiro – RJ. (21) 98238-0051, hrodriguesjf@yahoo.com.br.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____