Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Renata Gomes da Costa de Marca

Análise de relatos de usuários de clonazepam no estado do Rio de Janeiro: um estudo exploratório

Rio de Janeiro

2016

Renata Gomes da Costa de Marca

Análise de relatos de usuários de clonazepam no estado do Rio de Janeiro: um estudo exploratório

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: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador (a): Orientadora: Profa. Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

M313 Marca, Renata Gomes da Costa de.
Análise de relatos de usuários de clonazepam no estado do Rio de Janeiro: um estudo exploratório /Renata Gomes da Costa de Marca. – 2016.
179 f.

Orientador: Rafaela Teixeira Zorzanelli.

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

1. Clonazepam – Uso terapêutico. 2. Benzodiazepinas – Uso terapêutico. 3. Pesquisa qualitativa – Teses. I. Zorzanelli, Rafaela Teixeira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 615.214

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

_____ _____

Assinatura Data

Renata Gomes da Costa de Marca

Análise de relatos de usuários de clonazepam no estado do Rio de Janeiro: um estudo exploratório

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

Aprovada em 26 de abril de 2016.

Orientador (a) (es): Prof.ª Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof.ª Dra. Jane Araújo Russo

Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Suely Rozenfeld

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

_____

Prof.ª Dra. Erotildes Maria Leal

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2016

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas contribuíram de diversas maneiras, em diferentes fases do meu percurso, sendo difícil realizar um agradecimento nominal a cada uma. Contudo, gostaria que soubessem que o fato de não ser possível citar um por um não torna menor o auxílio recebido e muito menos minha gratidão.

Agradeço a Deus pela oportunidade de estar no IMS, com tantos professores e pessoas que me ensinaram muito. À minha mãe Mariza que, mesmo não estando mais presente fisicamente, se faz presente em tudo o que eu faço. Pelo exemplo de persistência, fé e resignação que ainda tento aprender. Pelo incentivo de sempre, meu amor eterno.

À minha orientadora Rafaela Zorzanelli por toda paciência, cuidado e dedicação nesses dois anos de formação. Agradeço pela oportunidade em participar de seu projeto e por tão generosamente dividir comigo muito de seu material de estudo e trabalho e, principalmente, seu conhecimento. Sem suas orientações precisas e valiosas esse caminho não teria sido possível.

Aproveito para agradecer pelas valiosas contribuições das professoras Jane Russo, Suely Rozenfeld e Erotildes Leal em minha qualificação, que me auxiliaram a refletir mais profundamente sobre meu objeto de estudo, ajudando a definir o caminho a ser seguido. Agradeço ainda por terem aceitado participar também da defesa, dispensando tempo e atenção à leitura e à avaliação do trabalho.

Aos demais professores com os quais tive a oportunidade de cursar disciplinas e à minha querida turma, com a qual tive a satisfação em dividir discussões teóricas e angústias de toda sorte. Aos professores Martinho Silva, Rogério Azize e Camilo Venturi por tão prontamente terem aceitado fazer parte da banca de suplência. Agradeço ainda ao professor Azize pela disposição em me auxiliar na temática pesquisada ao saber de meu tema de estudo. Também agradeço aos funcionários do IMS, da secretaria, informática, limpeza, biblioteca e atividades administrativas, que nos auxiliam todos os semestres das mais diferentes formas.

À toda equipe do Grupo Pró-Saúde e ao coordenador, prof. Eduardo Faernstein, por nos permitir generosamente o acesso ao banco de dados da pesquisa e pela solicitude durante todo o tempo em que pude participar das reuniões e pelo auxílio em minhas tentativas de iniciar o trabalho de campo.

À minha querida chefe e amiga, Ana Beatriz de Mota e Souza, pelo incentivo constante, compreensão e generosidade em me auxiliar nesse percurso de diversas maneiras,

sendo fundamental para a concretização desse projeto. Também às minhas amigas e parceiras de trabalho, Cláudia, Paula, Maira e Dayse, por todo suporte e auxílio durante esse tempo, sempre dispostas a me ajudar no que fosse possível.

Ao meu pai Alexandre e minhas irmãs Mariana e Márcia que durante toda a minha vida me deram força e suporte nos caminhos escolhidos, inclusive, em muitos momentos, me dando assistência direta no percurso acadêmico.

Ao meu namorado Gabriel, sua mãe Sônia e irmã Bruna que também me ajudaram de diversas formas, também auxiliando na divulgação da pesquisa e na captação de possíveis entrevistados. Nesse sentido, são muitos os agradecimentos que devo a diversos amigos que incansavelmente tentavam descobrir e indicar participantes na árdua tarefa do trabalho de campo, dentre eles Noelia, Lívia, Marcella, Claudia e Sônia, cujo auxílio foi fundamental para que as entrevistas acontecessem. Aos demais amigos que sempre me acompanharam, agradeço pelo estímulo à caminhada.

Por fim, meu agradecimento especial e profundo respeito a todos os participantes da pesquisa por terem disponibilizado parte de seu tempo e atenção para o estudo, se propondo generosamente a compartilhar suas histórias e experiências. Sem essa colaboração, o trabalho não teria sido possível.

RESUMO

MARCA, R. G. C. *Análise de relatos de usuários de clonazepam no estado do Rio de Janeiro: um estudo exploratório*. 2016. 179 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Segundo o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), da ANVISA, o clonazepam foi o psicotrópico mais consumido em 21 dos 27 estados brasileiros, em 2009, subindo para 22, em 2010, e para 24, em 2011. Considerando o sucesso de vendas desse medicamento no Brasil, buscou-se, de forma geral, averiguar o que esse fenômeno social indicaria sobre o contexto sociocultural vigente e o lugar assumido pelos "ansiolíticos" na cultura contemporânea. Para tal reflexão, utilizou-se como escopo teórico a antropologia dos medicamentos, demonstrando que o remédio, para além da química, é objeto social, símbolo, representação e dispositivo. Isso faz com que o medicamento enquanto fato social possa encarnar inúmeros sentidos e seguir trajetórias diversificadas, de acordo com o contexto no qual se insere. Com o objetivo de investigar os sentidos atribuídos ao clonazepam, desenvolveu-se um estudo exploratório qualitativo, enfocando a visão dos consumidores sobre suas experiências em relação ao uso dessa substância. Para isso, foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas, com usuários de longo termo (mais de um ano de uso), residentes no estado do Rio de Janeiro, abordando-se temas como ingesta, motivos para o uso, formas de gestão e manejo da substância, expectativas, efeitos desejados e indesejados, dentre outros. As entrevistas foram transcritas e os relatos analisados, formulando-se eixos analíticos, que congregaram temáticas específicas abordadas pelos participantes, possibilitando a apreensão dos múltiplos sentidos elaborados por eles. Logo de início, foram identificadas diferentes acepções sobre o clonazepam (medicamento, droga, "tarja preta", entre outros). Os motivos para o uso variaram desde transtornos específicos até estados difusos como tensão e nervoso, às vezes marcados por fatores desencadeantes, tais como circunstâncias da vida familiar ou social. As trajetórias de uso mostraram configurações distintas, com o clonazepam sendo tratado como central para uns e acessório para outros, deslizando por diferentes posições, dependendo do momento de vida experienciado. As formas de gerir as doses foram desde a aceitação imediata das recomendações médicas até a prática da automedicação, passando por formas mistas de administração, inclusive das dosagens. A relação com essa substância apareceu marcada por distintas racionalidades na avaliação risco-benefício e pela ambiguidade sobre a quem se deveria atribuir a responsabilidade a determinadas ações realizadas sob a ingesta do medicamento: aos próprios usuários ou ao efeito químico do benzodiazepínico? Observou-se também o quanto o clonazepam pode influenciar na percepção que o usuário tem de si e que a ambivalência parece ser um sentimento que atravessa todos os eixos analíticos, sendo mais drasticamente observada na temática da dependência, recorrente nos relatos. Os sentidos a que se teve acesso são heterogêneos e variados, podendo ser captados apenas parcialmente, dado o caráter multifacetado do fenômeno social do clonazepam e da complexa dinâmica das trajetórias de uso.

Palavras-chave: Clonazepam. Benzodiazepínicos. Antropologia dos medicamentos.

ABSTRACT

MARCA, R. G. C. *Report analysis from clonazepam users in the state of Rio de Janeiro: an exploratory study.* 2016. 179 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

According to National System of Controlled Product Management (SNGPC in the original abbreviation), from ANVISA, clonazepam was the most consumed psychotropic in 21 of the 27 Brazilian states, in 2009, raising up to 22, in 2010, and up to 24, in 2011. Taking into account this drug's sales success in Brazil, it was sought, in general, to ascertain what this social phenomenon would point out about the current sociocultural context and the place taken by "anxiolytics" in the contemporary culture. In order to make such critical thinking, pharmaceutical anthropology was used as the theoretical scope, demonstrating that drugs, beyond Chemistry, are a social object, symbol, representation and device. It makes the drug, as a social fact, to be able to portray several meanings and to follow varied paths, according to the context where it is inserted. Aiming to investigate the meanings given to clonazepam, it was developed a qualitative exploratory study approaching the users view about their own experiences regarding its consumption. Thus, there were made 13 semi-structured interviews with long-term users (more than a year) inhabitants of Rio de Janeiro state, approaching subjects such as intake, usage motivation, management and handling of the substance, expectations, expected and non-expected effects, among others. The interviews were transcribed and the reports were analyzed, hence analytical axis were formulated, gathering specific topics approached by the participants, enabling the apprehension of the multiple meanings elaborated by them. From the very beginning, there were identified different conceptions about clonazepam (medicine, drug, "black stripe", among others). The reasons for consumption vary since specific disorders until pervasive conditions such as tension and anxiety; sometimes they have been characterized by triggering factors such as social and family issues. The consumption trajectories showed distinct settings, clonazepam being treated as central for some and as secondary for others, straying into different positions, depending on the experienced life moment. The ways on how to manage the doses were since the prompt acceptance of medical recommendations until the self-medication practice, passing through hybrid management ways, including the dosage. The relation with this substance emerged highlighted by distinct rationalities about the evaluation on the risk-benefit ratio and by the ambiguity about whom or what would have been assigned to take responsibilities on the medication intake: would it be the users themselves or would it be the benzodiazepine chemical effect? Also, there was noticed how much clonazepam could affect the users' perception about themselves and there was noticed as well the ambivalence seems to be a feeling which pass through all the analytical axis, being more drastically observed on the addiction topic, something recurring in the reports. The meanings which have been approached by this research are heterogeneous and varied and it may be only partially realized given the multifaceted nature of clonazepam social phenomenon and the complex dynamics of consumption trajectories.

Keywords: Clonazepam. Benzodiazepines. Pharmaceutical anthropology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Clonazepam (Rivotril®) como objeto da cultura..... 94

Figura 2 – Quadro dos dados sociodemográficos dos participantes..... 106

Figura 3 – Quadro dos prescritores e do tempo de uso do clonazepam 107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BZD	Benzodiazepínicos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DACA	*Drug Abuse Control Act*
FDA	*Food and Drug Administration*
GAM	Gestão Autônoma do Medicamento
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IMS	Instituto de Medicina Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SNGPC	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
SSRI	*Selective serotonin reuptake inhibitor*
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	**O MEDICAMENTO COMO OBJETO SOCIAL: ASPECTOS SOCIOCULTURAIS E ANTROPOLÓGICOS**	15
1.1	**O medicamento como *commodity*: a indústria farmacêutica e a falácia da inovação**	16
1.2	**Interfaces entre a farmaceuticalização e a medicalização**	20
1.3	**A meta do bem-estar e as drogas de "estilo de vida"**	25
1.4	**O *self* farmacêutico: aspectos socioantropológicos**	29
1.4.1	Medicamentos para aprimorar, não para curar	36
1.5	**A problemática em torno do "uso racional de medicamentos"**	45
2	**A HISTÓRIA DOS BENZODIAZEPÍNICOS: UM PERCURSO MULTIFACETADO**	55
2.1	**Considerações sobre os "tranquilizantes"**	60
2.2	**A trajetória dos benzodiazepínicos**	69
2.2.1	O ciclo de carreira dos benzodiazepínicos	78
2.3	**O Rivotril® para além da química: um fenômeno social**	87
3	**PESQUISA QUALITATIVA**	97
3.1	**Metodologia**	98
3.1.1	Participantes	99
3.1.2	Coleta dos dados	101
3.1.3	Considerações éticas	103
3.1.4	Análise dos dados	104
3.2	**Resultados**	106
3.3	**Discussão**	140
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
	REFERÊNCIAS	157
	APÊNDICE A - Planilha dos sujeitos selecionados do Estudo Pró-Saúde	169
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	176

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista..... 178
APÊNDICE D – Instrumento de coleta dos dados sociodemográficos..... 179

INTRODUÇÃO

O presente trabalho faz parte do projeto "Usos e abusos de psicofármacos no Brasil: análises exploratórias"[1], coordenado pela Profa. Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli (IMS/UERJ), cujo objetivo é realizar um estudo exploratório sobre a aquisição e o consumo de substâncias psicotrópicas no Brasil, com abordagens quantitativas e qualitativas. A proposta dessa dissertação insere-se na vertente qualitativa do projeto e busca apreender os diferentes sentidos dados por usuários crônicos ao consumo da substância clonazepam.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)[2], o clonazepam (Rivotril®) foi o psicotrópico mais consumido em 21 dos 27 estados brasileiros, em 2009, subindo para 22, em 2010, e para 24, em 2011[3]. O clonazepam pertence à classe dos benzodiazepínicos, que são medicamentos com efeitos ansiolíticos, sedativo-hipnóticos e anticonvulsivantes, surgidos na década de 1960. Por serem considerados mais seguros do que os barbitúricos[4], em termos de efeitos colaterais, os benzodiazepínicos começaram a ser cada vez mais prescritos a partir da década de 1970 (CHARNEY, MIHIC & HARRIS, 2005). Contudo, tem-se observado uma preocupação crescente com questões sobre abuso, uso problemático, tolerância, dependência e síndrome de abstinência em relação a essa classe de drogas (BERNIK, SOARES & SOARES, 1990; LADER, 1991; WOODS et al., 1992; PETURSSON, 1994, entre outros), embora a controvérsia ainda seja a tônica desse campo (SMITH, 1991; LADER, 2011).

Tendo em vista os dados apresentados pela Anvisa sobre as altas taxas de consumo de clonazepam, na maioria dos estados brasileiros, de 2009 a 2011, torna-se relevante analisar esse fenômeno por ângulos não apenas quantitativos, mas também socioculturais. Isso significa poder indagar, a partir do significativo consumo dessa substância no Brasil, que tipo

---

[1] O projeto é fomentado pelo Edital Universal (2014), do CNPQ.

[2] Agência reguladora, criada em 1999, no governo de Fernando Henrique Cardoso, vinculada ao Ministério da Saúde e que exerce o controle sanitário sobre produtos e serviços que necessitem passar pelo crivo da vigilância sanitária, incluindo medicamentos, alimentos, cosméticos, hemoderivados, serviços de saúde, dentre outros.

[3] Mapa farmacoepidemiológico da ANVISA, disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/mapainterativo/mapainterativo.html. Acesso em abr 2015.

[4] Os barbitúricos foram bastante utilizados como antiepiléticos, sedativos e hipnóticos até a década de 1960, sendo substituídos pelos benzodiazepínicos, uma vez que a margem de segurança entre a dosagem terapêutica e a tóxica daqueles era bastante pequena se comparada à dos benzodiazepínicos, que passaram, portanto, a ser considerados medicamentos mais seguros (CHARNEY et al., 2005; RIBEIRO et al., 2007).

de reflexões esse fenômeno pode nos fornecer sobre a nossa própria cultura e a sociedade em que vivemos.

Há uma escassez de estudos que se refiram a esse fenômeno especificamente brasileiro, principalmente do ponto de vista qualitativo, embora pesquisas nessa direção estejam aumentando gradualmente. Foram localizadas poucas informações ou reflexões que abordam essa temática do viés dos usuários, indicando o sentido atribuído por eles à escolha (ou aceitação) e ao uso dessa substância. Tal abordagem poderia trazer informações relevantes sobre o papel assumido por essa substância na vida de cada sujeito, as trajetórias de utilização, as práticas de gestão e manejo das dosagens, bem como as expectativas com o uso e os sentidos construídos na relação do usuário com o medicamento.

Nesse contexto de análise, parte-se do pressuposto que o remédio existe para além da química, sendo imprescindível considerar seu caráter social, seus inúmeros significados nas diferentes culturas e sua inserção cada vez maior no cotidiano das sociedades ocidentais. Mais do que um mero artefato biomédico neutro e apartado dos valores sociais, partimos da premissa de que o medicamento é um objeto sócio-histórico, estando inserido em uma teia de sentidos. Esse emaranhado pode tanto lançar luz sobre ele quanto ofuscá-lo, a depender da rede de interesses políticos que sobre ele recai ou dele se retira.

É nesse sentido que podemos entender, por exemplo, o investimento em certas substâncias e não em outras, como foi o caso tão emblemático dos medicamentos para tratamento do HIV-AIDS, na década de 1980, e os interesses lucrativos que nortearam sua produção mais do que a proteção às vidas que dele careciam. Outro exemplo é o dos medicamentos ligados à cura das doenças tropicais e infecciosas, sobretudo nos países pobres e em desenvolvimento, que recebem menos recursos de pesquisas e desenvolvimento do que remédios para doenças prevalentes em países de maior renda.

No caso aqui escolhido – um benzodiazepínico – o alto consumo de um medicamento controlado utilizado, sobretudo, para ansiedade e para a insônia, nos parece um meio de refletir sobre a sociedade em que estamos vivendo. Como afirma Azize (2012), “medicamentos são bons para pensar, seja qual for sua área de atuação no campo da saúde e dos corpos humanos [...]” (p.134). Logo, o clonazepam parece nos servir como um operador analítico diante desse fenômeno social.

Essa dissertação não pretende trazer respostas concretas e diretas sobre o que esse fenômeno indica em relação à cultura contemporânea, nem poderia fazê-lo, pois isso exigiria pesquisas mais sistemáticas. No entanto**,** pretende dar voz aos usuários, com o objetivo de

preencher com a vivacidade das pesquisas qualitativas o que os manuais psiquiátricos, em geral, não podem – nem têm o objetivo de fazer – que são os relatos dos usuários de medicamentos, a relação que estabelecem com ele, suas expectativas, suas frustações, a lida com a substância e outros aspectos sobre os quais trataremos ao longo do trabalho.

Para tal apreciação, será delineado um determinado percurso teórico-analítico, no qual se busca configurar o enquadre que emoldura a análise das vozes desses usuários. Esse trajeto será realizado em três capítulos.

No capítulo 1, será abordado o medicamento para além da química, apontando sua construção sócio-histórica e cultural, embasada, principalmente, pelos autores da antropologia dos medicamentos. Nesse sentido, pretende-se mostrar os diferentes papéis encarnados por ele, seja como *commodity*, símbolo, representação, dispositivo, operador analítico, agente social, fato ou artefato. Cabe considerar que o medicamento é um *status* que uma molécula adquire ao percorrer certos processos técnico-científicos e sociais, mas sua existência está para além desse termo, visto que sua composição faz parte de uma trajetória, na qual se transforma de acordo com o contexto.

Sendo assim, muitas vezes, ele é abordado por diferentes autores sob ângulos distintos: como "substâncias", "drogas lícitas, ilícitas ou de estilo-de-vida", "drogas médicas e não-médicas", "*enhancers*", dentre outros. Tendo em vista tal diversidade, optou-se por manter os termos usados por cada autor no decorrer da discussão, a fim de deixar as distintas concepções explícitas e de respeitar a escolha teórica de cada um. Além disso, os impasses que perpassam essas diferentes acepções apontam para a constante tensão inerente à mobilidade e à fluidez das fronteiras entre "médico x não-médico", "médico x social", "lícito x ilícito", "saúde x doença", "tratamento x *enhancement*", entre outros, passível de ser observada em diversas situações expostas pelos autores. Consideramos que abordar dessa forma possibilitaria ao leitor ao menos um vislumbre da riqueza desse campo de discussão, que em última instância, também aponta para a diversidade de sentidos concebidos pelos próprios usuários, que guia a racionalidade de cada um deles no consumo dessa substância.

Além disso, também será delineado, neste capítulo, o enquadre mais amplo no qual o medicamento se insere, introduzindo-se brevemente os conceitos de medicalização e farmaceuticalização, apenas com o intuito de situar os campos teóricos, repletos de tensões, pelos quais o medicamento circula e toma forma.

No capítulo 2, será dado enfoque aos benzodiazepínicos. Inicialmente, eles serão brevemente abordados em sua especificidade farmacológica, com considerações sobre

algumas pesquisas médico-científicas, a fim de esboçar discussões e preocupações presentes no campo que, inevitavelmente, compõem o quadro em análise. Em seguida, essa classe de drogas será situada no enquadre maior da história da psicofarmacologia, mais especificamente, em sua origem e ascensão no bojo da trajetória dos "tranquilizantes menores" e de sua complexa e inextricável relação com o conceito instável e mutável de ansiedade. Posteriormente, serão expostos seus múltiplos percursos ao longo do tempo, a partir de reflexões em torno do seu ciclo de vida, comparado ao de outras substâncias como o dos barbitúricos, por exemplo, compondo um caminho permeado por tensões e transformações. Ao final dessa trajetória, o clonazepam entrará em cena como protagonista, ocupando seu lugar enquanto dispositivo de análise nesse recorte histórico, demonstrando sua visibilidade na cultura por meio da sua marca comercial "Rivotril®". Marca que ganha vida na fala cotidiana, vira verbo, aparece nas capas de revistas e circula por meio de camisetas, chinelos, canecas e almofadas, encarnando um "personagem célebre" na atualidade.

Por fim, no capítulo 3, será apresentada a pesquisa qualitativa realizada, discorrendo sobre sua construção e metodologia, a fim de situar as análises e mostrar as possíveis articulações e diálogos com o escopo teórico que embasou toda a sua concepção e desenvolvimento. Essa pesquisa englobou o esforço em mapear e rastrear os sentidos atribuídos ao uso do clonazepam por usuários de longo-termo (mais de um ano de uso, não necessariamente em base diária ou regular), residentes no estado do Rio de Janeiro, a partir de entrevistas semiestruturadas. Com isso, procurou-se apreender, por meio das falas desses consumidores, importante faceta desse fenômeno e trazer informações sobre histórias, trajetórias e formas de uso que são forjadas em um processo dinâmico e imbricado com o contexto sociocultural, no qual o sujeito está imerso.

Destacamos que o enfoque desse trabalho, de um lado, se propõe a dialogar com perspectivas epidemiológicas, centradas nos dados quantitativos sobre venda de substâncias, que têm sua relevância porque nos indicam a evolução temporal do consumo das mesmas. No entanto, pretendemos abarcar mais enfaticamente os aspectos qualitativos do consumo e do uso, bastante relevantes na compreensão da trajetória dos medicamentos enquanto fenômeno sócio-histórico e cultural, que podem auxiliar na compreensão da dinâmica do uso do clonazepam no Brasil.

1 O MEDICAMENTO COMO OBJETO SOCIAL: ASPECTOS SOCIOCULTURAIS E ANTROPOLÓGICOS

O medicamento não é objeto de fácil definição, pois, na medida em que se apresenta como fato social e construção cultural, conforme se abordará neste capítulo, apresenta uma conformação mutável, vulnerável às dinâmicas socioeconômicas em jogo, bem como às próprias concepções teóricas diversas, que tentam capturar o seu sentido. Ao mesmo tempo em que é atravessado por essas transformações, também faz parte delas, reverberando sua agência não só na vida privada dos indivíduos, mas nas esferas globais da política e da economia.

Tendo em vista essas múltiplas possibilidades de trajetórias que o medicamento pode percorrer, bem como a miríade de significados que pode assumir, serão discutidos alguns aspectos que fazem parte dessa dinâmica, sem, no entanto, esgotá-los, o que não seria possível por conta da própria complexidade constituinte desse campo. Sendo assim, inicialmente, será abordado o enquadre mais geral, que serve como pano de fundo do tema em questão, através do qual o medicamento transita. Isso inclui alguns dos aspectos políticos e econômicos que o medicamento personifica enquanto *commodity* (ANGELL, 2014*;* KLEINMAN & PETRYNA, 2006; LEFÉVRE, 1983, 1987), bem como aspectos propriamente teórico-práticos que fundamentam o campo formal de análise mais amplo, alicerçado nos debates sobre medicalização (CONRAD, 1992, 2007) e farmaceuticalização (ABRAHAM, 2010; WILLIAMS et al., 2011; BELL & FIGERT, 2012), no qual ele é objeto de disputa em diferentes esferas.

Por fim, enfocam-se as diversas significações e sentidos que o medicamento pode assumir, buscando-se trazer reflexões a partir de cada tipo de uso que lhe é atribuído, de acordo com os diferentes atores, seja como “uso médico”, “não-médico”, “estilo-de-vida”, “tratamento”, “*enhancement*”, dentre outros. Nesse sentido, o eixo de análise a partir do qual são construídas as reflexões e os questionamentos é o da antropologia dos medicamentos (VAN DER GEEST & WHYTE, 1989; AKRICH, 1995; VAN DER GEEST, WHYTE & HARDON, 1996; WHYTE, VAN DER GEEST & HARDON, 2002; DESCLAUX & LÉVY, 2003; DESCLAUX, 2006; KLEINMAN E PETRYNA, 2006; OLDANI, ECKS & BASU, 2014), especialmente, a partir dos estudos de seus precursores, apontando para as fronteiras mutáveis e mutantes que enredam os dilemas dos usos “médico” e “não-médico” dos

medicamentos. Dilemas esses que influenciam diretamente as formas de uso, manejo e gestão, de acordo com contexto sociocultural e a contingência histórica que as circunscrevem (COHEN et al., 2001; PIETERS & SNELDERS, 2009; WOLPE, 2002; PETERSEN et al., 2014).

1.1 **O medicamento como *commodity*: a indústria farmacêutica e a falácia da inovação**

Segundo Angell (2014), a indústria farmacêutica se transformou em um "colosso" de muitos bilhões de dólares, especialmente a partir da década de 1980. A autora destaca que o *IMS Health*[5] é uma das fontes de estatísticas mais citadas quando se discute a venda e o consumo de medicamentos e, de acordo com suas estimativas, em 2002, a venda de medicamentos sob prescrição médica acumulou cerca de 400 bilhões de dólares em todo o mundo, sendo metade só nos Estados Unidos.

Lu, Hernandez, Abegunde e Edejeer (2011) apontam que os gastos com medicamentos per capita em 2005/2006 variaram entre US$7.61 bilhões nos países de baixa renda e US$431.6 nos países desenvolvidos, ainda que com consideráveis diferenças entre as classes socioeconômicas de cada país. Em 2006, 16% das pessoas que viviam nos países de alta renda foram responsáveis por mais de 78,5% dos gastos globais em fármacos, enquanto que os países de rendas média-alta, média-baixa e baixa ficaram com os 21,5% dos gastos restantes (10,3%, 10,2% e 1%, respectivamente)[6]. Contudo, comparado ao ano de 1995, a taxa de crescimento dos referidos gastos foi maior em países de média e baixa renda. Outro ponto

[5] O *IMS Health* é uma empresa de consultoria em saúde, que oferece diversos serviços de informações e tecnologia, entre eles o de pesquisas na área da saúde, desenvolvimento de soluções, auxílio em novos negócios na área, entre outros. Relatam ter acesso a informações que cobrem tanto dados de redes de farmácias, associações, etc., quanto de hospitais, clínicas, governo, entre outros. Maiores informações disponíveis em: http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem.a90cc6f1ddde5d4d170417041ad8c22a/?vgnextoid=3857b277b9603410VgnVCM10000076192ca2RCRD&CURRENT_LOCALE=pt_br. Acesso em jun 2015. Smith (1991) assevera que o "*IMS America Inc*. é a maior firma de pesquisa em mercado farmacêutico" (p.29), reunindo dados sobre prescrição e promoção e disponibilizando-os para vendas. De acordo com o autor, ele audita a indústria farmacêutica e a própria FDA utiliza esses dados para realizar estimativas sobre uso de drogas. Tais dados seriam obtidos a partir de um "painel de farmácias selecionadas estatísticamente através do país e são baseados na dispensação de prescrições novas e repetidas" (p.30, tradução nossa).

[6] Os autores informam que tais dados "globais" se baseiam nas configurações de renda utilizadas pelo Banco Mundial e nos países pertencentes à Organização Mundial da Saúde, sendo as estimativas apresentadas baseadas em dados disponíveis de 161 dos 193 países-membros da OMS.

relevante para comparação, de acordo com o estudo, revela que 61,3% dos gastos *per capita* com medicamentos dos países de alta renda são realizados pelo governo, enquanto que nos países de média e baixa renda, pelo menos dois terços desses gastos estão concentrados no setor privado (p.7). Isso demonstra que nos países de média e baixa renda, os gastos provenientes do próprio consumidor são a maior fonte de recursos de pagamento dos medicamentos.

Ainda de acordo com esses autores, as informações sobre os gastos dos países com medicamentos têm sido bastante restritas e incompletas, com lacunas, principalmente, nos dados comparativos e, em geral, limitados às notícias divulgadas pela indústria farmacêutica. Sendo assim, tais dados podem estar enviesados pelos propósitos da indústria, além de apresentarem cobertura limitada tanto geograficamente quanto em relação ao próprio conteúdo. Além disso, Lu et al. (2011) destacam que os países de alta renda apresentam maior disponibilidade de informações sobre os diferentes níveis de custos na economia do medicamento bem como melhor qualidade das mesmas. Isso demonstra a dificuldade de se obter dados confiáveis quando se busca mapear o movimento do mercado farmacológico no mundo.

Outra dificuldade em se conseguir números exatos e confiáveis deve-se ao fato de que os medicamentos passam por diversos caminhos e personagens antes de chegar às mãos do consumidor, de forma que essa trajetória é composta por rotas complexas e nem sempre nítidas (ANGELL, 2014).

Kleinman e Petryna (2006) demonstram como mercados farmacêuticos têm se desenvolvido com base em características culturais, econômicas e de comportamento de grupos específicos com vistas a uma possível lucratividade em torno desses mercados. Nesse contexto, paradoxos de produção, desenvolvimento e distribuição de medicamentos emergem, demonstrando desigualdades incontestáveis. De um lado, observa-se, por exemplo, de acordo com esses autores, mercados que deslancham em países ricos, como o de antidepressivos, em contraposição ao de drogas para HIV, extremamente necessárias aos países africanos, mas escassas nestes. Os incentivos econômicos para pesquisa e desenvolvimento de tratamentos para doenças tropicais, mais comum em países pobres, não são os mesmos dispensados às pesquisas para doenças crônicas, mais prevalentes em países ricos (ANGELL, 2014; KLEINMAN & PETRYNA, 2006).

Além disso, há que se traçar considerações acerca da ideia de desenvolvimento e inovação apregoada por essas indústrias. Angell (2014) demonstrou como os laboratórios

farmacêuticos produzem excessivamente "medicamentos de imitação", ou seja, substâncias classificadas como sendo similares a outros medicamentos já existentes no mercado para tratar a mesma condição, se comparadas a medicamentos realmente inovadores. Em sua pesquisa, a autora verificou que, entre 1998 e 2002, foram aprovadas 415 novas drogas pela *Food and Drug Administration* (FDA)[7], dentre as quais 77% eram drogas de imitação, enquanto apenas 14% eram fármacos realmente inovadores e 9% medicamentos antigos com alguma nova modificação.

Ainda de acordo com a autora, isso ocorre, nos Estados Unidos, porque para que um novo medicamento seja aprovado na FDA, os laboratórios farmacêuticos precisam provar que ele é eficaz. Ele não precisa ser tão ou mais eficaz do que os medicamentos já existentes no mercado, mas apenas "melhor do que nada" (p.92). Diante desse contexto, os laboratórios farmacêuticos constroem seus ensaios clínicos comparando os novos medicamentos a placebos e não com um medicamento mais eficaz já disponível no mercado. Logo, a autora conclui que é possível aprovar medicamentos inferiores aos já existentes em circulação, de tal forma que os laboratórios passam a evitar ao máximo qualquer confronto direto com outras substâncias já aprovadas, o que em certo sentido, vai na direção contrária a de um "progresso científico". Angell (2014) considera isso uma falha fundamental na lei, sendo um dos principais fatores a possibilitar o crescimento vertiginoso da indústria farmacêutica, pois aposta que, caso fosse obrigatória uma comparação com medicamentos antigos, poucos teriam sucesso e seriam aprovados.

Kleinman e Petryna (2006), em um viés mais abrangente, apontam para a economia moral que alicerça a economia política nessa apropriação do "bem-estar"/ "saúde" como *commodity*, pautada nessa lógica orientada ao consumo. A diversidade e a contradição engendradas por uma economia baseada em aspectos morais culminariam no fato das doenças poderem ser valorizadas e tratadas diferentemente, de acordo com as moralidades distintas (KLEINMAN & KLEINMAN, 1996 apud KLEINMAN & PETRYNA, 2006).

Considerando a dimensão político-ideológica, Lefévre (1983, 1987) analisa o medicamento como mercadoria, dando destaque a seu aspecto simbólico. De acordo com o autor, o medicamento aparece como uma resposta mercadológica a determinada noção de saúde, na qual privilegia-se o corpo/organismo como sua sede, tornando-se o próprio símbolo da saúde. Tal reducionismo de um conceito tão abstrato e complexo como o de saúde teria

[7] A FDA é o órgão governamental, nos Estados Unidos, responsável pelo controle de alimentos, suplementos alimentares, medicamentos, cosméticos, equipamentos médicos, materiais biológicos e produtos derivados do sangue humano.

possibilitado que o medicamento aparecesse como “solução” (p.501) diante do binômio saúde-doença, obscurecendo seu caráter processual e multidimensional. Diante disso, os fatores sociais e comportamentais seriam desconsiderados, bem como os aspectos conflitivos e contraditórios próprios a esse processo.

Sendo assim, considerando o contexto de produção capitalista moderno, caracterizado pela sociedade de consumo, o medicamento surgiria não como mercadoria qualquer, mas como mercadoria especial, visto que abalizada pelo discurso científico (com pretensões de verdade). Em sua função simbólica, portanto, o medicamento pressupõe que “[...] a enfermidade seja considerada um fato orgânico, enfrentável através da mercadoria remédio, que é vista como o único modo cientificamente válido de se obter um valor altamente desejado (a saúde) [...]” (LEFÉVRE, 1983, p.501). Afirma ainda o autor que a operacionalidade do medicamento estaria em sua capacidade de “[...] encurtar a distância entre o concreto e o abstrato, entre o desejo e sua realização[...]” (LEFÉVRE, 1983, p.500). Assim, funcionaria, para o indivíduo, como uma “fantasia de redução mágica” do complexo, abstrato e contraditório ao simples, concreto, visível e imediato (LEFÉVRE, 1987). Nesse sentido, este autor também aponta para o caráter de concretude, de “coisa” que o medicamento assume e que será mais profundamente explorada nos estudos de van der Geest e seus colaboradores (1989, 1996, 2002).

A existência dessas desigualdades significativas e das complexidades associadas apontam para a necessidade de investigar-se a dimensão antropológica em torno dos medicamentos (VAN DER GEEST & WHYTE, 1989; VAN DER GEEST, WHYTE & HARDON, 1996; WHYTE, VAN DER GEEST & HARDON, 2002; DESCLAUX & LÉVY, 2003; DESCLAUX, 2006; KLEINMAN & PETRYNA, 2006; OLDANI, ECKS & BASU, 2014). Lovell (2006), por exemplo, em seu trabalho etnográfico realizado com usuários de heroína na França, observou que a potencialidade de mercado para determinada droga é definida mais de acordo com cada país e interesses específicos do que pela necessidade de tratamento efetivo para determinadas doenças na população.

Sob o ponto de vista antropológico, portanto, toda a relação dos medicamentos com doença, sofrimento ou morte está intrinsicamente relacionada com o contexto social, político, econômico e cultural. Ademais, o uso de medicamentos, bem como as estratégias para acesso e tratamento, reconfiguram as dimensões interpessoais, familiares e comunitárias, para além de seus efeitos no corpo (KLEINMAN & PETRYNA, 2006).

1.2 **Interfaces entre a farmaceuticalização e a medicalização**

Considerando que o medicamento, enquanto objeto social, é forjado em consonância com o contexto que o comporta, cabe ressaltar que a discussão socioantropológica que se pretende encetar em torno dos fármacos, não prescinde de algumas observações acerca do enquadre mais geral que a estrutura. Nesse sentido, serão tecidas algumas considerações acerca dos conceitos de medicalização, farmaceuticalização e "*disease mongering*" apenas com o intuito de demonstrar a complexidade e as significativas controvérsias que englobam esse campo de análise. Contudo, não será possível aprofundá-las nem as esgotar, visto que o objetivo é demonstrá-las enquanto pano de fundo dessa discussão. Enquanto enquadre, esses pontos de encontros e desencontros entre tais conceitos, de uma forma ou de outra, acabam atravessando em algum grau qualquer análise que se pretenda realizar em torno dos medicamentos.

O uso crescente e intensivo de medicamentos que se observa, atualmente, conforme explicitado no tópico anterior, tem despertado a atenção de diversos teóricos que buscam analisar o fenômeno sob óticas distintas. Uma construção conceitual importante que emerge nesse campo é o de "farmaceuticalização" (ABRAHAM, 2010; WILLIAMS ET AL., 2011; BELL & FIGERT, 2012). A farmaceuticalização é um conceito que surge posteriormente ao de "medicalização", dele se diferenciando, ainda que estabeleçam pontos de contato significativos (ABRAHAM, 2010).

O conceito de medicalização é forjado no campo sociológico na década de 1970 e a definição mais influente (BELL & FIGERT, 2012) é a do sociólogo norte-americano P. Conrad (2007), que a descreve como "[...] o processo pelo qual problemas não-médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e distúrbios[8]" (p.4, tradução nossa) como, por exemplo, ocorreu com o alcoolismo, com os transtornos sexuais e alimentares, dentre outros. O autor aponta como comportamentos anteriormente vistos como imorais, pecaminosos ou criminosos passaram a ser descritos e definidos por termos médicos, bem como processos comuns da vida tais como humor, nascimento, vida reprodutiva, morte, dentre outros.

[8] O texto em língua estrangeira é: "[…] a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders."

Em suas análises, Conrad (1992, 2007) considera que a medicalização não é um processo estático, podendo ocorrer em diversos graus e até mesmo de forma elástica, de tal maneira que algo que foi medicalizado em determinado momento, pode posteriormente ser desmedicalizado como, por exemplo, o caso da homossexualidade, que foi desmedicalizada na década de 1970 (CONRAD, 2007).

Considerando o papel ostensivo da propaganda e do marketing das indústrias farmacêuticas como parte do processo de medicalização, Conrad (2007) demonstra que após o Ato de Modernização da FDA, em 1997, algumas mudanças significativas ocorreram fomentando a medicalização. O autor pontua como a medida mais importante a que restringiu as informações do uso de medicamentos aos médicos, reduzindo a quantidade de informações que poderiam ser veiculadas nas propagandas diretas ao consumidor. Assim, quando a FDA aprova um medicamento, ele só pode ser propagandeado ao grande público para a doença específica e o grupo etário correspondente para os quais foi testado. Contudo, os médicos podem prescrever medicamentos para o público que quiser, bem como para a doença que acharem apropriada, mesmo que não seja o tipo de uso específico para o qual a substância foi aprovada pela FDA, sendo este uso denominado "*off-label*". O ato de modernização permitiu que os laboratórios farmacêuticos e seus representantes divulgassem tais informações aos médicos, caso calcadas em documentos científicos ou em ensaios clínicos **em andamento** para novos usos.

Com os usos "*off-label*" e a propaganda direta ao consumidor[9] foi possível ampliar os usos dos medicamentos para aqueles não originalmente determinados e, ainda, começou a ocorrer um processo de reversão, no qual em vez de serem criados novos medicamentos para doenças existentes, começou-se a criar "novas doenças" para os medicamentos do mercado que buscavam um alvo, dando-lhe um novo nicho de atuação e aumentando, sobremaneira, os lucros da indústria farmacêutica (ANGELL, 2014; CONRAD, 2007).

Contudo, Abraham (2010) assinala que, apesar de mais recentemente os teóricos da medicalização estarem considerando o crescente papel da indústria farmacêutica no processo da medicalização, eles ainda conferem centralidade aos aspectos concernentes à jurisdição médica.

[9] Propaganda sobre medicamentos controlados realizada diretamente aos consumidores através de anúncios em televisão, revistas, internet, entre outros. Atualmente, é permitida somente nos Estados-Unidos e na Nova-Zelândia, mas reinvindicada pelas indústrias farmacêuticas para que o mesmo ocorra em outros países (ANGELL, 2014). Nos Estados-Unidos, com o Ato de Modernização, em 1997, a FDA flexibilizou a regulação sobre a propaganda farmacêutica, possibilitando a propaganda direta. Segundo Metzl (2007), os efeitos que as indústrias pretendem obter com essas propagandas é induzir aos pacientes a perguntarem aos seus médicos sobre os diversos tipos de medicamentos, de forma que estimulem os mesmos a prescrevê-los.

Embora os medicamentos em sua relação com a indústria farmacêutica tenham se tornado objeto de investigação dos cientistas sociais desde a década de 1980, apenas a partir dos anos 2000, observou-se um desenvolvimento conceitual que englobasse tal relação em sua interface com a economia, a política global e os processos médicos (BELL & FIGERT, 2012).

Dentro desse quadro, Wiliams et al. (2008) cunham o termo "farmaceuticalização" para se referir à:

> [...] transformação de condições e capacidades humanas em oportunidades para a intervenção farmacêutica... estendendo-se para muito além do campo do estritamente médico ou medicalizado para encampar outros usos não-médicos como estilo-de-vida, com propósitos de aumento ou aperfeiçoamento (entre pessoas 'saudáveis')[10] (p.711, tradução nossa).

Os autores enfatizam que se trata de um processo sociotécnico complexo e heterogêneo, que engloba "[...] a descoberta, o desenvolvimento, a comercialização, o uso e a governança dos produtos farmacêuticos centrados em torno da tecnologia química"[11] (p.711, tradução nossa). Seria, portanto, um fenômeno constituído no seio do que denominam "regime farmacêutico", surgido desde o desenvolvimento e a introdução dos produtos farmacêuticos no mercado, no século XIX, calcado na tecnologia química que se encarna na concretude da "pílula".

Consideram como pontos importantes de análise tanto o nível macrológico, como o desenvolvimento, a testagem, a produção e a regulação dos fármacos, como o micrológico, que engloba os sentidos e significados atribuídos ao uso dos medicamentos tanto na prática médica quanto na vida cotidiana dos pacientes/consumidores.

Para Abraham (2010), a farmaceuticalização é o "[...] processo pelo qual condições sociais, comportamentais e corporais são tratadas ou consideradas por médicos ou pacientes como necessárias de serem tratadas por drogas médicas"[12] (p.604, tradução nossa), parecendo contrapor-se, em certa medida, à definição de Wiliams et al. (2008), já que este não menciona diretamente o conceito de "tratamento" ou "drogas médicas". Segundo Abraham (2010), o conceito se torna relevante por encampar um conjunto de aspectos, os quais o conceito de

[10] O texto em língua estrangeira é: "[...] tranformation of human conditions, capabilities and capacities into opportunities for pharmaceutical intervention[…] extend far beyond the realms of the strictily medical or medicalised to encompass other non-medical uses for lifestyle, augmentation or enhancement purposes (amongst 'health'people)."

[11] O texto em língua estrangeira é: "[...] discovery, development, commercialisation, use and governance of pharmaceutical products centred around chemistry-based technology."

[12] O texto em língua estrangeira é: "[...] the process by which social, behavioural or bodily conditions are treated or deemed to be in need of treatment, with medical drugs by doctor or patients."

medicalização não abarca, explicando por que seria equivocado acreditar que a farmacologização deveria ser subsumida pela medicalização. No entanto, essa relação constitui-se em um ponto polêmico, cabendo ser melhor discutido em outro momento.

Esse autor explica ainda que o uso de psicofármacos pode aumentar para uma condição médica já previamente estabelecida como, por exemplo, na utilização da Ritalina® (metilfenidato) para tratar o TDAH, em vez da psicoterapia, ou moderadores de apetite para casos de obesidade, em vez de dietas e exercícios. Nesses exemplos, ele enfatiza que a obesidade e o TDAH já são campos estabelecidamente médicos e que é possível observar um aumento da farmaceuticalização sem necessariamente um aumento da medicalização. Além disso, argumenta que, atualmente, muitos medicamentos podem ser escolhidos e adquiridos diretamente pelos consumidores de dentro de suas casas pela internet, por exemplo, sem qualquer mediação ou necessidade da profissão médica. Em sua visão, isso pode constituir-se, inclusive, em um processo que aumenta a farmaceuticalização e até diminui a medicalização.

Angell (2014) demonstrou como, algumas vezes, as indústrias farmacêuticas mudaram o *status* de seus medicamentos de "prescrição" para "*over-the-counter"*, isto é, podendo ser adquiridos sem prescrição médica, com o intuito de não perder determinada fatia de mercado para medicamentos com patentes a expirar, atendendo unicamente a fins mercadológicos. Essa mudança, na direção do raciocínio de Abraham (2010), também parece ser um aspecto que fomenta a farmaceuticalização, desvinculando o uso do medicamento do campo da jurisdição médica e, consequentemente, do âmbito da medicalização. No entanto, mais uma vez, cabe pontuar que essa relação de vinculação e desvinculação não é tão simples quanto parece, merecendo uma articulação mais detalhada em futuros trabalhos.

Um fator a ser destacado é que a desvinculação não aponta necessariamente para uma redução da medicalização, uma vez que ainda se observa uma continuidade na patologização de experiências ordinárias da vida. Contudo, ela assume novos contornos, na medida em que a construção social da doença é substituída pela construção corporativa do transtorno, no qual a indústria farmacêutica tem papel de destaque[13] (MOYNIHAN et al., 2002). Esses autores denominam esse processo de "*disease mongering*", no qual as fronteiras dos transtornos são expandidas, de maneira a se tornarem novas fatias de mercado para as indústrias farmacêuticas. Sendo assim, as indústrias estariam diretamente envolvidas nesse processo de definição de novas doenças, bem como na sua promoção para médicos e consumidores. Isso

[13] Cabe questionar, nesse sentido, se a construção corporativa do transtorno não é em si mesma parte da construção social, indicando talvez que essa separação entre construção corporativa e construção social não seja possível, mas sim que a corporação farmacêutica seja um ator em destaque na dinâmica social em tela.

englobaria tornar indisposições ordinárias em doenças, veicular sintomas brandos como graves, tratar problemas pessoais como médicos, igualmente encarar riscos já como doenças e utilizar as estimativas de prevalência para maximizar o potencial de mercado (MOYNIHAN et al., 2002; MOYNIHAN & HENRY, 2006).

Segundo Williams et al. (2011), "*disease mongering*" já traz em seu próprio nome um julgamento de valor e uma crítica social. Para os autores, isso significa dizer que medicalização e farmacologização podem abarcar tanto aspectos positivos quanto negativos de ambos os campos de análise, enquanto "*disease mongering*", por seu recorte já enviesado, teria seu valor analítico enquanto construto restrito. No entanto, nesse ponto destacado pelos autores, pode-se questionar se é possível um conceito, enquanto construto, estar livre de algum valor, nem que seja, em última instância, do pressuposto filosófico que alicerça sua construção.

Além dos conceitos já mencionados, uma transformação do campo da medicalização é abordada por Clarke et al. (2003) ao cunhar o construto da "biomedicalização". Sob esse ponto de vista, com a incorporação crescente das inovações tecnocientíficas no campo médico, a partir de 1985, haveria ocorrido um deslocamento histórico da medicalização para a biomedicalização, isto é, do controle sobre os processos biomédicos para as transformações no próprio processo biomedicalizador.

Nesse contexto, tais autores descrevem cinco processos-chave que se inter-relacionam e produzem o processo biomedicalizador, ao mesmo tempo em que são produzidos por ele. Dentre eles, pode-se considerar: a reconstituição político-econômica do vasto setor da biomedicina; a ênfase na saúde por si só junto a uma elaboração das noções de risco e vigilância; o crescimento contínuo da natureza técnica e científica da biomedicina; as transformações na produção, distribuição e consumo do conhecimento biomédico, bem como do gerenciamento da informação médica; e, por fim, as transformações dos e nos corpos e a produção de novas identidades tecnocientíficas individuais e coletivas. Em suma, trata-se de um processo complexo, descrito como multisitiado e multidirecional, que reconstrói a medicalização através de novas formas sociais altamente tecnocientíficas, situadas historicamente no deslocamento da modernidade para a pós-modernidade (CLARKE et al., 2003).

No bojo desse processo, Abraham (2010) discute o que denomina de "biomedicalismo", visão típica da indústria, do senso comum e da tecnociência, segundo a qual se considera que a expansão da farmaceuticalização corroboraria uma evolução ou

progresso da ciência médica que estaria conseguindo fomentar descobertas de cada vez mais substâncias para tratar problemas de saúde. No entanto, autores têm demonstrado (ANGELL, 2014; SHORTER, 2009; ABRAHAM 2010) que o crescimento no desenvolvimento e produção de medicamentos é, muitas vezes, inconsistente com evidências científicas, calcado em ensaios clínicos pouco criteriosos, comparado unicamente a placebos e, raramente, se constituindo em substâncias realmente inovadoras, sendo em geral, drogas de imitação. Para além disso, Angell (2014) aponta ainda para possíveis efeitos danosos desses medicamentos a longo prazo, decorrentes de aprovações baseadas em critérios frouxos por parte das agências reguladoras e em ensaios clínicos insuficientes e apressados, por parte dos laboratórios farmacêuticos.

Vislumbrando a amplitude desse campo no qual conceitos diferentes vão sendo forjados para tentar abarcar a complexidade do fenômeno dos medicamentos na sociedade atual, é possível perceber o quanto a controvérsia acaba se tornando a tônica das discussões, tendo talvez como linha-mestra a problemática infindável das fronteiras (móveis, diga-se de passagem) entre médico e não-médico, o que será abordado diretamente mais adiante.

1.3 **A meta do bem-estar e as drogas de "estilo de vida"**

Percebe-se, portanto, em certa medida, alguma independência adquirida pelos medicamentos em relação à jurisdição médica e do campo estrito da doença ou do transtorno. Cada vez mais, observa-se em diferentes espaços imagens de bem-estar e saúde sendo associadas ao acesso a medicamentos (PETRYNA & KLEINMAN, 2006), bem como ideais como serenidade, tranquilidade, harmonia e capacidade produtiva (RODRIGUES, 2003). Tais imagens são construídas, principalmente, pelas indústrias farmacêuticas, em suas atividades de marketing e propaganda (VAN DER GEEST et al., 1996; PETRYNA & KLEINMAN, 2006; ANGELL, 2014). Segundo Petryna e Kleinman (2006), o bem-estar vem sendo reconfigurado como uma *commodity* e um ideal a ser alcançado por meio de um esforço individual. A ideia do esforço do indivíduo calca-se na construção do sujeito moderno como um sujeito privatizado, com potencialidades psicológicas a serem desenvolvidas, capaz de obter felicidade, plenitude e realização, de forma que o êxito dependeria do esforço do indivíduo e o fracasso seria um fracasso individual, ficando as questões coletivas e sociais

encobertas (RODRIGUES, 2003). Não raro, esses ideais vêm associados à propagação de estilos-de-vida específicos. Nessa veiculação do bem-estar, um número crescente de medicamentos vem sendo direcionado para aspectos de "estilo-de-vida", que englobam as expressões de peso e forma corporal, performance sexual, dentre outros (FOX & WARD, 2008).

Embora a definição exata de "drogas[14] de estilo-de-vida" seja tema de intenso debate e controvérsias, em geral, elas são definidas como "[...] as drogas tomadas para satisfazer um objetivo não-médico ou não relacionado à saúde[15]" (FLOWER, 2004, p.182, tradução nossa). Sendo assim, incluiria: medicamentos utilizados para satisfazer condições não relacionadas à saúde ou problemas que estariam na fronteira entre saúde e bem-estar, como, por exemplo, o uso da finasterida para tratar a calvície; medicamentos que tratam condições que poderiam ser modificadas por meio de mudanças no "estilo-de-vida", tais como o uso de medicamentos antiobesidade, em vez da atividade física e dieta, dentre outros. O autor refere que há pouquíssimas publicações sobre esse assunto anteriores à década de 1990, sendo ainda um campo com pesquisas não robustas.

Fox e Ward (2008), observando esse fenômeno, descrevem dois processos que se vinculam aos medicamentos de "estilo-de-vida": a domesticação[16] do consumo de medicamentos e a farmaceuticalização da vida diária.

A domesticação do consumo de medicamentos, segundo os autores, se refere à vida privada dos consumidores como alvo dos medicamentos, englobando condições pessoais e atividades domésticas tais como as que envolvem a cozinha e o sexo. Tal consumo seria possibilitado, principalmente, pelo uso da internet, a partir de compras diretas dos computadores de casa em farmácias *online*. Essa tecnologia, além de permitir a facilidade de uma compra cômoda e direta, seria, segundo os autores, um lugar "mais amigável" do que o consultório médico. Cohen et al. (2001) afirmam que a internet teve grande impacto nos sentidos e usos dados aos medicamentos, alterando de forma significativa seus estágios científicos e comercial.

---

[14] O autor distingue os termos "droga" e "medicamento", explicando que este tem um significado mais restrito, uma vez que circunscreve apenas as substâncias que têm "efeito terapêutico", sendo muitas drogas (não consideradas como "medicamentos" tal como descrito pelo autor), consideradas como drogas de estilo-de-vida.

[15] O texto em língua estrangeira é: "[...] as drugs taken to satisfy a non-medical or non-health-related goal."

[16] Cabe considerar que a palavra "domesticação" (tradução nossa de "*domestication*") pode apontar para um duplo aspecto, que engloba tanto a sua presença cotidiana no âmbito doméstico quanto a certo tipo de controle e/ou dominação que figurativamente se faz sobre o medicamento, principalmente, considerando o acesso direto do consumidor ao produto, às expensas do médico (quem "antes" detinha esse controle).

Outro fator pontuado como relevante para essa domesticação diz respeito às condições íntimas e privadas para as quais esses medicamentos são demandados como, por exemplo, obesidade, calvície, impotência sexual, entre outros. Tê-los em casa a partir de uma compra *online* direta, livra-os de uma possível situação considerada embaraçosa por eles em um confronto direto tanto com um profissional quanto com vendedores. Por fim, tais drogas domesticalizam o consumo por se referirem justamente a atividades de cunho doméstico. Explicam, por exemplo, que aqueles que se encontram em relações estáveis mantêm a atividade sexual no reduto do lar, bem como aqueles que tomam medicamentos para emagrecer, que passam a combinar cuidadosamente as refeições que cozinham em conformidade com a substância que utilizam[17], interferindo na forma como o indivíduo se porta em sua vida privada.

O outro processo pontuado por Fox e Ward (2008), a farmaceuticalização da vida diária, correlaciona-se com a atividade da indústria farmacêutica em sua produção intensiva de medicamentos lucrativos para diversas atividades da vida ordinária, sendo os remédios vistos como "pílulas mágicas" pelos consumidores. Observa-se nesse ponto, que a fantasia da transformação mágica pontuada por Lefévre (1987) é extrapolada para além das fronteiras da saúde, encampando as atividades da vida ordinária. O uso desses medicamentos para a adequação a determinados estilos de vida, veiculados como saudáveis e desejáveis (como ser magro, ativo, produtivo, entre outros) apontam também para um processo de normalização que reforça a venda desses produtos a um número cada vez maior de consumidores, aumentando ainda mais os lucros. Nesse âmbito, os autores sugerem que é a farmaceuticalização da vida diária que liga a economia e a política da produção farmacêutica à vida privada dos cidadãos, demonstrando a imbricação dos níveis macro e micro já mencionados no decorrer do texto. Os pacientes, transformando-se em consumidores ativos, passam a buscar avidamente pelos "últimos lançamentos" do mercado de medicamentos (FOX & WARD, 2006).

Nesse ínterim, cabe destacar o significativo papel desempenhado pelos pacientes-consumidores no processo de farmaceuticalização. De acordo com Williams et al. (2011) é possível perceber que os pacientes/consumidores têm se tornado cada vez mais ativos, estando bastante informados sobre doenças e tratamentos, riscos e benefícios, realizando suas próprias escolhas quanto a tratamentos ou questionando médicos sobre diagnósticos, exames e

[17] Os autores citam o exemplo do Xenical (orlistat), que é um medicamento que impede a quebra e, portanto, a absorção de gordura pelo organismo e, se utilizado junto a uma alta ingestão de gordura, pode ocasionar diarréias intensas.

medicamentos. Os autores destacam que essa construção de "pacientes como *experts*" tem sido estimulada pelas políticas de saúde nos Estados-Unidos e Reino-Unido, principalmente, no caso de pacientes crônicos. Diante desse quadro, surgem os ativismos de pacientes e as mobilizações coletivas, que carregam bandeiras específicas de lutas. Em alguns casos, tais lutas surgem como resistência à indústria farmacêutica por meio de protestos e processos referentes a danos, falta de evidências, entre outros. Contudo, na maioria dos casos, aparecem em defesa de interesses como a produção de novos medicamentos, fomentando e fortalecendo ainda mais o movimento comercial das indústrias farmacêuticas. Angell (2014) demonstrou como a própria indústria farmacêutica patrocina grupos de fachada que se passam por organizações autênticas.

Os autores acrescentam que o interesse da indústria farmacêutica no "paciente *expert*" inclui, além da legitimação de suas campanhas como mencionado acima, a alegação de que os pacientes estão suficientemente informados e capacitados a julgar e a escolher sobre o uso de medicamentos, em suas tentativas perante a justiça em derrubar a proibição das propagandas diretas ao consumidor (nos moldes já existentes nos Estados–Unidos e na Nova Zelândia). Portanto, observa-se como essas transformações atravessam a forma como os pacientes se reconfiguram em suas relações com a indústria farmacêutica, com o medicamento e com a prática médica, com efeitos que se expressam nas ações e escolhas que se dão na intimidade de suas vidas privadas.

Dentre processos tão complexos, que costuram diferentes níveis de observação e linhas de análise, não é possível afirmar uma causa única para tamanho sucesso do medicamento, atualmente. Ao contrário, observa-se uma multiplicidade de atores e aspectos que se configuram dinamicamente em conformações nem sempre nítidas. Contudo, Fox e Ward (2008) apostam que tal sucesso, que não se encontra apenas nos efeitos que os medicamentos são capazes de produzir em situações específicas, se alicerça "[...] na sua interação com forças culturais e sociais que definem uma condição como tendo uma resolução farmacológica garantida"[18] (p.862, tradução nossa).

Por fim, cabe destacar a interrogação feita por Flower (2004) sobre o construto de "drogas de estilo de vida". Ele questiona se não seria mais adequado falar-se em "usos de estilo-de-vida" em vez de "drogas", uma vez que as drogas são substâncias químicas que afetam nossos corpos e nossas mentes, mas que cabem em diferentes usos, ora terapêuticos, ora recreativos, dentre outros. Afirma, por exemplo, que drogas diversas utilizadas em

[18] O texto em língua estrangeira é: "[…] on its interaction with cultural and social forces that define a condition as warranting a pharmaceutical solution resolution."

determinadas culturas foram “reinventadas” como instrumentos terapêuticos na modernidade. Sendo assim, ao transitar por essas funções diversas, às vezes simultâneas, dependendo do contexto e da cultura, o autor indaga se não se trata mais dos usos do que das “drogas”.

Contudo, considerar dessa forma poderia nos fazer pressupor que a substância existe como entidade em si mesma e que, apesar de circular por diferentes culturas e contextos, adquirindo diferentes significados, ainda assim existiria em si, dissociável de seu meio de produção de sentido. Nessa interrogação do autor, a droga aparece novamente em seu caráter de concretude, de coisa e é justamente a ideia de que o medicamento é uma substância química que existe em si mesma que diferentes autores das ciências sociais e humanas tentam problematizar e desconstruir, enfatizando sua dimensão socioantropológica (VAN DER GEEST & WHYTE, 1989; VAN DER GEEST et al., 1996; PIGNARRE, 1999; WHYTE et al., 2002; DESCLAUX & LÉVY, 2003; DESCLAUX, 2006; KLEINMAN & PETRYNA, 2006; OLDANI et al., 2014, dentre outros).

1.4 **O *self* farmacêutico: aspectos socioantropológicos**

Os medicamentos são construídos a partir de um contexto sócio-histórico, carreando diferentes significados nas diversas culturas. Os medicamentos só passaram a ser analisados de forma mais sistemática pela antropologia, como fenômeno social e cultural, a partir dos anos 1980. Nesse âmbito, os medicamentos são socialmente significados no campo da experiência comum a determinado grupo, ao mesmo tempo em que influenciam a vida social e as relações desse e/ou de outros grupos. (VAN DER GEEST, et al., 1996; WHYTE et al., 2002; DESCLAUX & LÉVY, 2003; DESCLAUX, 2006)

Van der Geest et al. (1996) indicam que, metaforicamente, os medicamentos, em sua “vida social”, apresentam uma ordem que se pode denominar “biográfica”, abrangendo estágios como fabricação, distribuição, prescrição (se for o caso), compra/venda, uso e “eficácia”. Cada estágio se caracteriza por contextos e valores específicos, composto por atores particulares. Soma-se a essa trajetória das substâncias, o uso que delas as pessoas fazem e os sentidos que a elas atribuem, de forma que “como tecnologia médica, os

medicamentos não são apenas produtos da cultura humana, mas produtores dela[19]" (VAN DER GEEST et al, 1996, p.156, tradução nossa).

Essa ordem biográfica aponta para um complexo "ciclo de vida" pelo qual transita o medicamento, no qual atores, instituições e contextos sociais distintos modulam os percursos dos fármacos. Nesse processo, emergem fatores como quem usa, quando, como e por que, explicitando a consolidação do medicamento como "entidade" e "representação" (COHEN et al., 2001, p.441). Na visão desses autores, tais ciclos são compreendidos como sistemas que se interpenetram com outros sistemas tais como o cultural, o econômico e o social. Logo, ele tanto muda com as transformações sociais e tecnológicas como também as incita, não sendo raro que adquira nova visibilidade ou novos usos, conforme as mudanças culturais ocorram, não sendo incomum que muitos deles experimentem um "renascimento cultural".

Antes disso, cabe considerar que tal ciclo de vida envolve, inclusive, a etapa da concepção, pois até que uma substância ou molécula adquira o *status* de medicamento, ela deve provar que é superior aos placebos, em uma série de ensaios clínicos (COHEN et al., 2001), já descritos em tópico anterior, passando ainda por fases como avaliação das agências reguladoras, marketing, promoção, prescrição, consumo e vigilância pós-venda. Os autores apontam que cada estágio se caracteriza por minissistemas que apresentam dinâmica própria, atores específicos e contexto particular, com várias trocas entre esses diferentes atores. Nesse processo dinâmico, enfatizam a emersão de trajetórias diversas dentro desse ciclo de vida, composto por "impasses, saltos, bifurcações, improvisações", apontando para o caráter imprevisível e inesperado da vida dos medicamentos.

Tais autores (VAN DER GEEST et al, 1996; COHEN et al., 2001) têm apontado para a falta de estudos que considerem a dimensão biográfica dos medicamentos, sendo imprescindível que se inclua nas pesquisas desde as estruturas institucionais até os comportamentos individuais, considerando-se o contexto sócio-histórico.

Nesse sentido, apontam para o medicamento como fenômeno social, pois seus efeitos extrapolam o corpo para compor também os campos simbólico, pessoal, social e cultural, moldando relações familiares, grupais, comunitárias e sociais, ao mesmo tempo em que também é moldado por elas (COHEN et al., 2001). Diante disso, não parece possível dissociar o medicamento desse processo complexo que lhe dá vida (enquanto entidade, símbolo, representação).

[19] O texto em língua estrangeira é: "As medical technology, pharmaceuticals are not only products of human culture, but producers of it."

Tendo em vista o medicamento como fenômeno social, Akrich (1995), antropóloga francesa, destaca que é nesse percurso imprevisível, dinâmico e complexo da vida do medicamento que se constrói parte da relação terapêutica e da elaboração gradual do sentido da experiência singular de cada indivíduo com o fármaco. Postula, portanto, que o medicamento se torna um dispositivo através do qual os indivíduos qualificam seu estado, constroem interpretações sobre ele, experienciam seus sintomas e traçam as relações do que compreendem como causa e efeito.

Enquanto Akrich (1995) enfatiza o funcionamento do medicamento como dispositivo, Fraser, Valentine e Roberts (2009) enfocam o seu papel de agente. Para essas autoras, as drogas são agentes sociais fundamentais, uma vez que nós "as vivemos" cotidianamente, no processo de construção diária da vida e das relações sociais, políticas e institucionais. Referem-se tanto às drogas "propriamente médicas" (usadas em tratamentos, por exemplo) quanto às usadas como "estilo de vida". Sendo assim:

> Drogas moldam nossos corpos e nossas formas de viver tanto no nível diário da prescrição e/ou consumo, mas também em um nível mais político e/ou retórico: nós somos pessoas que usamos drogas, nos preocupamos sobre drogas e esperamos por drogas melhores (Fraser et al., 2009, p.124, tradução nossa).[20]

Dessa forma, as autoras concluem que nesse processo de construção diária da vida, no qual as drogas são parte constituinte e indissociável, elas necessariamente funcionam como agentes sociais e políticos, e nesse sentido, elas também têm vida, ou seja, "[...] tanto quanto nós vivemos através das drogas, elas vivem através de nós" (p.124, tradução nossa)[21]. Em suma, de acordo com as autoras, não é possível separar as esferas médica e social em nenhum tipo de análise, de forma que quando isso é feito, realiza-se uma ruptura abrupta entre ciência, moral, ética e política, tornando qualquer análise desse tipo duvidosa e enviesada. Enfatizam, portanto, que as drogas devem ser reconhecidas tanto como agentes quanto como objetos analíticos.

Com isso, o medicamento vai se deslocando da periferia das terapêuticas e da própria medicina para tornar-se objeto privilegiado de análise. Pignarre (1999), epistemólogo e sociólogo francês, utiliza o medicamento moderno como instrumento de análise para estudar temáticas como cura, doença e a própria medicina moderna. O autor considera que o

[20] O texto em língua estrangeira é: "Drugs, then, frame our bodies and our forms of living both at the day-to-day level of prescription and/or consumption, but also at a more political and/or rethorical level: we are people who take drugs, worry about drugs and hope for better drugs."

[21] O texto em língua estrangeira é: "[…] as much as we live through drugs, they live through us."

medicamento está em uma posição ímpar, uma vez que se situa no "entre", no "meio", isto é, na injunção entre ciência, mercado e sociedade, constituindo-se em uma "maneira original de ligar o biológico e o social" (p.15).

Desclaux e Lévy (2003) também consideram que o medicamento tem uma posição especial por ter se tornado um analisador chave ao revelar questões sociopolíticas e culturais. Destacam que, para além de um produto farmacêutico, o medicamento é um operador de representações, práticas e construções socioculturais em relação, por exemplo, ao tratamento, à saúde e à doença socialmente representados e localizados em determinado contexto socioeconômico. Além disso, ele incorporou-se de tal forma na vida cotidiana que, para além do lugar de tratamento, ele passou a ser usado para questões como a "gestão da fecundidade, da nutrição e das emoções" (p.08). Logo, tais autores apontam que os medicamentos, por se situarem no ponto de encontro das questões atuais sobre saúde, sistemas terapêuticos e globalização, possibilitam a análise, de modo único, das transformações nesses diferentes domínios, perpassando "os sistemas socioculturais e os indivíduos em suas relações com seus corpos, práticas de saúde, interpretações de doenças e cura" (p.12).

Van der Geest e Whyte (1989) afirmam que a grande atração que os fármacos exercem nas diferentes culturas está relacionada a processos simbólicos e sociais que eles ensejam, principalmente através do caráter de concretude que eles encarnam. Ao se tornarem "coisas", os medicamentos trazem tangibilidade tanto à enfermidade como à cura, com o diferencial de que, diferentemente de outras terapêuticas, o "remédio-coisa" pode se desprender do outro (seja do médico ou de outras relações sociais), comportando a ilusão de que carrega em si mesmo a cura.

Como já observado, Lefévre (1983, 1987) destacou essa função simbólica do medicamento como operador dessa redução mágica do complexo para o concreto e simples. Esse achatamento refletido na "coisificação" abordada por esses autores e que confere uma materialidade crua a relações tão complexas e abstratas parece proceder a certo esvaziamento dos múltiplos aspectos em jogo no espaço "entre" o remédio e o consumidor. Ele parece tornar-se apenas "mais um" objeto dentre tantos outros disponíveis para consumo.

Ao mesmo tempo em que o medicamento, nesse sentido de "coisa" que comporta a cura, funcionaria em um nível metafórico, em outro, simultaneamente, demonstraria seu lado metonímico, funcionando como extensão da figura do médico e/ou dos centros tecnológicos de produção. Nesse contexto, é importante ressaltar que o "encanto" que o medicamento exerce se estende tanto a profissionais quanto a pacientes, a ponto de tornar-se a via de

comunicação e de aparente entendimento entre um e outro (VAN DER GEEST & WHYTE, 1989; WHYTE et al., 2002).

Para além desse "encanto", os medicamentos se inseriram tão intensamente na cultura ocidental, que passaram a fazer parte de nossa identidade e de nosso cotidiano (DUMIT, 2012). De acordo com autor, ao mesmo tempo em que a sociedade está se tornando mais atenta e conscienciosa de sua saúde, nunca se consumiu tanto remédio como atualmente. Tal fato, incrustado em uma sociedade que passa a operar sob a lógica do risco-vigilância, do autogoverno individual e da responsabilidade pessoal, culmina no que ele denomina de "estilos de vida farmacêuticos", que constituem os diferentes modos pelos quais os indivíduos gerem as informações, os riscos, a descoberta de novos sintomas, entre outros. Cada maneira tomando como alicerce o uso de medicamentos. Além disso, as questões que englobam identidade, controle e risco deixaram de ser formuladas como escolhas "contra ou a favor" dos medicamentos, para se tornarem questões sobre "qual drogas e em que combinações" (DUMIT & GREENSLIT, 2006, p.130).

Jenkins (2005, 2010) considera que os medicamentos estão tão difundidos e enraizados na atualidade, que são parte de nosso *self*. De acordo com esse enfoque, todos seríamos "*selves* farmacêuticos". Em uma linha de análise diferente da de Dumit (2012), Jenkins considera que o *self* é constituído pela "soma de processos pelo qual o sujeito se orienta em relação ao mundo e aos outros" (p.23). Logo, o "*self* farmacêutico" seria a dimensão do *self* que se orientaria pelo e em direção ao medicamento. Esse tipo de *self* está imbricado com uma dimensão mais global e coletiva, denominada "imaginário farmacêutico", sendo esse imaginário a dimensão da cultura, na qual os fármacos desempenham papel importante no tocante às possibilidades e aos potenciais humanos. Segundo a autora, o *self* e o imaginário são alicerces da subjetividade dos atores sociais em suas vivências e experiências em determinado contexto cultural. Define, por exemplo, como alguém que "possui um desequilíbrio bioquímico" faz parte dessa interface, na qual problemas são definidos em termos bioquímicos e, consequentemente, soluções são vistas como farmacológicas.

Em etnografia realizada por Jenkins (2010) em dois serviços de saúde mental para pacientes esquizofrênicos nos Estados Unidos, ela observou que o imaginário do "problema mental como desequilíbrio bioquímico" serviu de sustentáculo para as primeiras intervenções clínicas realizadas nesses locais, a saber: a prescrição de psicofármacos para modificar a química cerebral e a instrução/educação do paciente sobre a necessidade de seguir as prescrições. Contudo, a autora alerta que, nesse imaginário, veicula-se implicitamente a noção

de que há uma deficiência permanente na química cerebral que necessitará de correção indefinida, construindo uma confiança exclusiva do paciente no tratamento medicamentoso e uma instabilidade em relação a aspectos como escolha e agência, melhora e cura, culpa e responsabilidade, vergonha e exclusão social.

A autora acrescenta que, nesse imaginário, a centralidade do cérebro como sede do *self* e entidade biológica objetiva fomentou o desenvolvimento crescente de fármacos que o tomam como alvo, fomentando o uso crescente de psicofármacos. Contudo, não há tal caminho unilateral, sendo fundamental considerar que, reciprocamente, as drogas utilizadas para o cérebro também fizeram com que as pessoas passassem a significá-lo de outra forma se comparado a épocas anteriores. Para além disso, no nível da experiência, observou em sua etnografia supracitada que conforme o paciente significava o seu cérebro como parte do seu *self* ou como um outro (objeto a ser tratado), o medicamento também era diversamente experienciado, ora como instrumento que podia utilizar ativamente, ora como substância de controle (passivamente).

Martin (2006) aponta como a relação estabelecida com os medicamentos não é ausente de ambivalência. De acordo com sua análise etnográfica realizada nos Estados Unidos, foi observado como um mesmo medicamento é cindido, de forma a apresentar uma parte ruim ou negativa e outra boa ou positiva. A partir dessa forma de conceber o medicamento, ocorreria um processo social, ao qual ela denominou "deslocamento", no qual a parte considerada como perigosa do remédio seria deslocada para fora da visão e da percepção das pessoas. De acordo com Cedraschi, Piguet e Allaz (2006), a ambivalência procede do fato de que o remédio pode ser a um só tempo medicamento e veneno, podendo tanto curar quanto matar, trazer tanto efeitos terapêuticos quanto indesejados.

Em entrevistas com profissionais do marketing farmacêutico, Martin (2006) constatou que uma das estratégias utilizadas na produção e venda de psicofármacos é a de tratar os medicamentos como personalidades, apresentando características como inteligência, gentileza, força, dentre outras, em suas veiculações publicitárias. Em propagandas massivas, tentam estabelecer conexão direta com os consumidores das diferentes categorias diagnósticas como bipolares, ansiosos, depressivos, entre outros, enfatizando como podem ser "pessoas melhores" ou, em última instância, "como podem ser elas mesmas sem a interferência do transtorno mental" (p.276).

Martin (2006) também observou como as pessoas experienciavam a si mesmas com a ingesta de determinados medicamentos, recolhendo relatos, nos quais, elas apontavam

significativas mudanças na percepção de si, chegando até mesmo a afirmar mudanças de identidade de acordo com a substância em uso. Nesse sentido, a autora acrescenta que o medicamento perderia essa personalidade própria para se tornar algo que faz parte de uma nova identidade experienciada pelo indivíduo que a ingere, o que vai ao encontro da ideia de Fraser et al. (2009), na qual nós vivemos através das drogas e elas vivem através de nós, como já mencionado.

Em uma de suas análises, Martin (2006) citou o exemplo de uma usuária de medicamentos para depressão, cujo último medicamento do dia, um tipo de antidepressivo, era o seu preferido por lhe proporcionar um sono tranquilo e calmo. Contudo, a paciente começou a perceber que, desde então, passou a apresentar dificuldades em tomar decisões, tal como escolher um prato de um cardápio no restaurante, o que antes fazia com tanta facilidade. Sua conclusão foi a de que deveria voltar ao médico e também pedir-lhe um medicamento que a possibilitasse tomar decisões mais rapidamente. Esse movimento que inicia um deslizamento de um medicamento a outro leva a outra característica relevante pontuada pela autora: a produção de coquetéis de drogas.

Essa atitude de mesclar diferentes psicofármacos apresenta-se de maneira crescente e, de acordo com um publicitário farmacêutico entrevistado por Martin (2006), os psiquiatras, em vez de prescreverem um antidepressivo ou outro, conforme foram surgindo no mercado, resolveram criar combinações de seus "coquetéis favoritos", a ponto de ter-se popularizado, por exemplo, um coquetel que foi denominado de "coquetel Hollywood", em Los Angeles. Sua popularidade, de acordo com o publicitário, deve-se à utilização do antidepressivo Serzone, que funciona como sedativo, mas sem ocasionar ganho de peso, disfunção sexual, etc, junto com o Efexor, que permite o sujeito a "levantar da cama" no dia seguinte. A autora salienta que isso demonstraria uma hiperadministração da sintomatologia que visa a colocar o indivíduo em um funcionamento "melhor que o normal ou basal", parecendo constituir-se em novo objetivo.

Considerando-se essa prática de coquetéis, Martin (2006) avalia que os traços dos medicamentos parecem ser mais referentes a "coisas" (visão que se aproxima com o remédio-coisa do LEFÉVRE, 1983; VAN DER GEEST & WHYTE, 1989; WHYTE et al., 2002) do que a traços de personalidade, pois uma vez que podem ser comprados, vendidos e combinados de formas diversas, se parecem mais como "partes de uma engrenagem ou ingredientes de um bolo". Dessa forma, a autora enfatiza que quando algum medicamento está causando algum problema, a solução é a inclusão de mais medicamentos. Em suma,

observou-se que tanto médicos como pacientes não consideram os medicamentos como dotados de personalidade, mas sim como "instrumentos precisos que poderiam extirpar o sofrimento se atingirem a combinação correta" (MARTIN, 2006, p. 279).

1.4.1 Medicamentos para aprimorar, não para curar

Considerar a busca por tal estado "melhor que o normal ou basal" mencionado por Martin (2006) abre campo para importantes discussões acerca do lugar do medicamento tanto na sociedade atual, em um plano macrológico de análise, quanto na vida privada de cada indivíduo, em particular. Nesse nicho, cabe considerar as discussões em torno da ideia de "*enhancement*" (CONRAD, 2007). O *enhancement* pode se dar de diferentes formas, podendo ser *enhancement* cognitivos, físicos, emocionais, tendo surgido, mais recentemente, a ideia de *enhancement* moral[22] (QUIGLEY, 2008; CHAN & HARRIS, 2011; HARRIS & CHAN, 2010; HARRIS, 2012). Contudo, o tipo de *enhancement* mais debatido e que leva as discussões do campo adiante, inclusive, em certa medida, servindo como ponto de comparação para as reflexões sobre os outros tipos de *enhancement* é o cognitivo (QUIGLEY, 2008; RACINE & FORLINI, 2010).

Segundo Zahid (2010), o *enhancement* cognitivo aborda a busca pelo aumento, seja em intensidade, seja em extensão, das capacidades cognitivas da mente, para além de uma manutenção ou restauração da "boa saúde". Trata-se de uma busca, em "indivíduos saudáveis", pela maximização de capacidades como memória, atenção, concentração, funções executivas, vigilância, dentre outras (LUCKE & PARTRIDGE, 2013). As formas que tal busca assume podem variar desde estratégias educativas (como ter aulas extras com professor particular, dentre outras) até o uso de psicofármacos, como o uso do metilfenidato (Ritalina ®), por exemplo, um estimulante "de prescrição" que tem sido crescentemente utilizado por estudantes norte-americanos, não diagnosticados com qualquer tipo de transtorno, com o

[22] Esse tipo de *enhancement* não será enfocado neste trabalho, mas por ser uma discussão mais recente, cabe explicar, brevemente, do que se trata. Suas discussões têm ocorrido, principalmente, no campo da bioética e, de acordo com Chan e Harris (2011), a ideia de seus defensores é a de que é possível que as pessoas se tornem "pessoas melhores, mas não no sentido convencional de *enhancement* de aprimoramento da saúde e de outras qualidades e capacidades desejadas (e desejáveis), mas tornando-as, de alguma maneira, mais morais, mais decentes, pessoas melhores[...]"(p.130). Complementam os autores que esse tipo de conceituação carreia uma infinidade de dificuldades tanto no campo da teoria quanto no da prática, a começar pelo questionamento do que seria um indivíduo "mais moral", dentre outras interrogações (HARRIS, 2012).

objetivo de aumentar as capacidades de concentração, atenção e memória, a fim de realizar os exames acadêmicos ou estudar (GREELY et al., 2008; PARTRIDGE, 2012) .

Contudo, originalmente, os *enhancers* cognitivos farmacológicos foram criados para tratar pessoas que tivessem lesões cerebrais ou neurológicas, bem como algum déficit cognitivo, visando a melhorar a vida de pacientes diagnosticados com transtornos neuropsiquiátricos ou com doenças neurodegenerativas (como a Doença de Alzheimer, dentre outras). O uso desses medicamentos teria como objetivo restaurar ou ao menos melhorar funções como atenção, memória, concentração, etc, prejudicadas nessas doenças (SAHAKIAN & MOREIN-ZAMIR, 2011; SAHAKIAN et al., 2015).

O *enhancement* cognitivo que está em debate nos mais variados campos é aquele que é feito através de medicamentos, necessariamente drogas de prescrição que, no entanto, não são voltadas para o objetivo normatizado oficialmente para tal substância, não se enquadrando também no uso *off-label*, uma vez que o remédio não está sendo utilizado para tratar ou restabelecer determinadas condições médicas (PARTRIDGE, 2012).

Tais práticas também têm sido denominadas de "*neuroenhancement*" (FARAH et al., 2004; DE JONGH et al., 2008; MAIER et al., 2013; MAIER & SCHAUB, 2015) ou "neurologia cosmética" (CHATTERJEE, 2006; 2007), encontrando-se também analogias como "*botox* para o cérebro" (De Jongh et al., 2008) ou "*botox* para a mente" (PIETERS & SNELDERS, 2009). A ideia geral que envolve estes termos é análoga às práticas de *enhancement* corporal (como o uso de próteses para aumentar o tamanho dos seios, *botox* para retirar rugas, dentre outros), que envolvem um uso discricionário, considerado como não-terapêutico, com fins apenas de ficar "melhor do que bem"[23] (PARTRIDGe, 2012, p.310) ou "dar uma levantada no humor[24]" tal como se propagava com o consumo de "pílulas da felicidade", em referência à era Prozac e ao entusiasmo causado pelo demais antidepressivos SSRI`s[25] (PIETERS & SNELDERS, 2009, P.71)

Segundo Racine e Forlini (2010), o uso dos estimulantes tem sido um motor nas discussões desse âmbito. Para os autores, o debate em torno do *enhancement* cognitivo, através do uso de estimulantes, se complexifica na medida em que atravessa diferentes dimensões interpretativas que podem ir desde um paradigma de mau uso ou abuso das drogas

[23] O texto em língua estrangeira é: "better than well."

[24] O texto em língua estrangeira é: "lifting moods", em analogia aos processos cosméticos, dermatológicos, de *lifting.*

[25] Inibidores seletivos de recaptação de serotonina.

psicotrópicas prescritas pelos médicos até um uso não-médico com vistas à maximização de determinadas capacidades, passando ainda pelo uso justificado como escolhas de "estilos de vida". Essas diferentes linhas de análise foram encontradas por Racine e Forlini (2010) em revisão de literatura ao tentarem captar os ângulos pelos quais as discussões neste campo estavam balizadas. Encontraram três paradigmas principais com significativas diferenças entre eles, indicando a existência de desdobramentos diversos, que apontam para questões éticas específicas.

O primeiro paradigma encontrado foi o do "abuso das drogas de prescrição", no qual as questões centrais se agrupam em torno das discussões sobre os impactos e riscos dessas drogas sobre a saúde do usuário, especialmente, em longo prazo. Em geral, com uma linguagem que se aproxima da utilizada para abordar o uso de drogas ilícitas. Contudo, os autores enfatizam que essa forma acaba desconsiderando que se trata de diferentes atores e contextos, de maneira que não englobam o importante aspecto da ambivalência presente nos campos da medicina, da bioética e do grande público no que concerne às práticas de *enhancement*.

O segundo paradigma é o do *enhancement* propriamente dito, no qual se consideram, primordialmente, os benefícios potenciais possibilitados por tais medicamentos aos indivíduos para além de suas capacidades ordinárias. As discussões principais que surgem se referem a conceitos como personalidade, autonomia e até o lugar da própria medicina. Em não havendo informações científicas convergentes sobre os efeitos positivos e negativos dessas determinadas substâncias em longo-prazo nesse tipo de uso específico, afirmam os autores que o campo, nessa abordagem, organiza-se em torno da polarização do dilema "aprimorar ou não aprimorar".

Por fim, o terceiro paradigma que eles encontraram foi o que aborda essas drogas de *enhancement* como sendo de "estilo-de-vida", visão identificada, principalmente, no domínio do grande público e com muito pouca frequência em uma abordagem mais técnica e científica. De acordo com Racine e Forlini (2010), esse paradigma expressa "a crença otimista de que os medicamentos podem não só ajudar aos indivíduos a enfrentar doenças, mas auxiliá-los a 'serem tudo o que podem ser', baseados em suas próprias decisões e objetivos" (p.3, tradução nossa)[26]. Apresentam um discurso que se aproxima mais do direito à escolha do indivíduo nas sociedades democráticas e também se percebe a forte presença da mídia,

[26] O texto em língua estrangeira é: "The lifestyle paradigm expresses the optimistic belief that pharmaceuticals can not only help individuals face illness but help them 'be all that they can be' based on their own decisions and goals" (aspas dos autores).

veiculando ideias, de maneira equivocada, de que esses medicamentos são comprovadamente seguros (quando faltam ainda estudos conclusivos) e extensamente utilizados pelas pessoas, gerando uma sensação de ser uma prática "normal" (no sentido mesmo da normalização). Portanto, há uma significativa falta de consenso em todos os âmbitos sobre o uso não-médico desses medicamentos, que aponta para uma rede complexa de controvérsias no campo da bioética.

De forma geral, as temáticas mais abordadas em torno das questões éticas concentram-se em torno de aspectos como: a segurança dos medicamentos, no qual se questiona as evidências sobre a segurança de seu uso em curto e longo-prazo em sujeitos "saudáveis", bem como se, de fato, há alguma eficácia comprovada para esse tipo de uso para *enhancement*; a coerção para o uso, que interroga até que ponto o usuário opta por utilizar a partir de pressões sociais em uma sociedade que valoriza a competitividade (coerção implícita) ou por pressões diretas de alguma autoridade (como chefes, por exemplo) para aumento de produtividade seja em profissões como militares, pilotos, cirurgiões, etc., ou de pais para filhos com vistas a um melhor rendimento escolar; os princípios de justiça e equidade, eixo no qual se discute se aqueles que fazem uso adquirem alguma vantagem desigual (como uma espécie de "trapaça") sobre aqueles que não o fazem e quem teria acesso a esse tipo de tecnologia para tal cometimento, envolvendo questões sociais e econômicas; os debates sobre identidade e autenticidade dos indivíduos que consomem, abrindo um campo bastante polêmico de discussão, uns questionando se não se trata de normalizar o sujeito e adequá-lo às exigências socioeconômicas externas ou, ao contrário, em ele poder ser o que deseja ou alcançar o máximo de suas capacidades com esse uso e se identificar com esses traços; e, por fim, a felicidade e o desenvolvimento humanos, que envolvem primordialmente discussões em torno do que é moralmente aceitável ou não, passando por argumentos conservadores sobre uma "essência humana" e sua sacralização, que não deve ser corrompida com esses usos tecnológicos até o seu oposto, no qual o dever moral é o de nos aprimorarmos cada vez mais, atingindo o máximo de nossas potencialidades humanas, e que isso é que seria próprio ao humano (FARAH et al., 2004; CHATTERJEE, 2007; DE JONGH et al., 2008; MOHAMED, 2014; SCHELLE, FAULMULLER, CAVIOLA & HEWSTONE, 2014).

Certamente, cada tópico de discussão supracitado abre campo para uma profusão de reflexões e diálogos que extrapolam os limites desse trabalho, pois todos eles são permeados por infindáveis controvérsias. Nesses debates, estão presentes diversos atores com visões bastante distintas. A questão principal que se coloca é a de como lidar com tão diversificadas

compreensões (DE JONGH et al., 2008). Schelle et al. (2014) analisando, a partir de uma revisão bibliográfica sistemática, a perspectiva da opinião pública (ou seja, dos diversos grupos que a compõe) sobre o uso de *enhancement* cognitivo, entre eles usuários, não-usuários, estudantes, profissionais de saúde, entre outros, encontrou como aspecto mais significativo o de que os não-usuários apresentaram uma preocupação muito maior em relação à segurança dos medicamentos e aos princípios de justiça e equidade do que os usuários. Estes, em geral, consideraram os medicamentos para *enhancement* cognitivo seguros e legítimos e os autores afirmam que por essa visão positiva parecem ficar ainda mais propensos a esse tipo de uso ou, ainda, reforçam essa posição de simpatia por conta de sua própria experiência pessoal com o uso.

Nesse sentido, Patridge (2012) também observou que o público leigo parece fazer uma distinção moral entre o uso de substâncias para tratamento ou para *enhancement*, sendo que os usuários ou pessoas que mantêm relações próximas com usuários apresentaram uma atitude mais simpática e uma tendência maior a aceitar a prática do *enhancement*.

Contudo, cabe destacar que, para os próprios usuários, o uso das drogas para *enhancement* não são ausentes de ambivalência (PETERSEN, NOGAARD & TRAULSEN, 2014). Em estudo etnográfico realizado pelos autores com estudantes de diferentes universidades de Nova Iorque, ouvindo suas próprias experiências sobre o uso de estimulantes em entrevistas em profundidade, os autores encontraram pontos relevantes de reflexão. Observaram que o uso de estimulantes por esses alunos para aprimoramento da performance cognitiva nas tarefas acadêmicas estava atravessado por grande ambivalência moral. Identificaram três formas pelas quais os respondentes tentavam "solucionar" tal ambivalência e legitimar o uso do medicamento, que serão brevemente descritas a seguir.

Primeiramente, os alunos informaram que iam ao médico a fim de obter uma prescrição legítima do psicotrópico, embora os objetivos fossem o de *enhancement* e estivessem "encobertos", o que explicita uma relação contraditória. De um lado, argumentavam que o que falavam ao médico era baseado em experiências verdadeiras de si, mas por outro não acreditavam nos parâmetros por demais amplos do profissional, que acabava enquadrando-os em alguma categoria diagnóstica. Por exemplo, preenchiam critérios para TDAH, conseguiam a prescrição, mas não acreditavam que, de fato, tivessem o transtorno. Em decorrência disso, achavam que o uso era seguro, por ter sido um profissional quem lhes prescrevera. Ao longo do tempo, continuavam indo às consultas buscar as

prescrições, mas afirmavam que, de fato, não necessitavam delas (como um doente necessitaria de seu tratamento).

Outra maneira de negociar com a própria ambivalência era dizer que era por uma "boa causa", isto é, para eles, o contexto é que definia se o uso era moralmente aceitável ou não, de forma que utilizá-lo para o estudo era muito diferente do que usá-lo para ir a uma festa ou se divertir. Por fim, os autores encontraram como mais um instrumento de legitimação o "uso responsável", de forma que os entrevistados asseveraram que tomavam a medicação de forma responsável, pois se conheciam, sabiam seus limites e, calcados nisso, modulavam quando e como tomavam a medicação, mesmo que fosse em uma direção diferente daquela orientada pelo médico. Por essas razões, os autores denominaram esse grupo como "indo ao médico com o *enhancement* em mente" (p.5).

Além da relevância de uma pesquisa etnográfica como essa, em meio a uma lacuna considerável nos estudos qualitativos que abordam o ponto de vista dos usuários de estimulantes (e outras substâncias) a partir de suas próprias experiências (VRECKO, 2013; PETERSEN et al., 2014), a frase supracitada, que deu nome ao artigo, coloca em evidência uma questão central nesse debate. "Ir ao médico com o *enhancement* em mente" e toda a ambivalência envolvida nesse processo, lança luz à crescente fluidez (pode-se questionar, inclusive, se não seria ela mesma constituinte) das fronteiras entre o que é considerado tratamento médico e o que é *enhancement*, entre o que é o uso médico e o que é o uso não-médico. Conforme enfatizam os autores:

> Os estudantes estão muito conscientes desses conceitos e sabem como usá-los em suas navegações entre as rotas/trajetórias contraditórias da doença e do bem-estar na sociedade contemporânea. Como nosso caso, "indo ao médico com o *enhancement* em mente", ilustra, o universo moral no qual esses estudantes estão inseridos mostra que as categorias de patologia e normalidade são negociáveis; fronteiras estão cada vez mais borradas; e novos campos de normalidade e patologia estão emergindo[27] (PETERSEN et al., 2014, p.206, tradução nossa).

Cabe considerar que Pieters e Snelders (2009) asseveram que a reconfiguração das fronteiras entre tratamento/cura e *enhancement* é um fenômeno bastante antigo, dinâmico e complexo, assim como o é a busca pelo bem-estar através do aprimoramento da mente por

[27] O texto em língua estrangeira é: "The students are very aware of the concepts and know how to use them in their navigation between contemporary society`s contradictory paths of illness and well-being". As our case "going to the doctor with enhancement in mind", illustrates, the moral universe in which these students`are embedded shows that categories of pathology and normality are negotiable; borders are increasingly blurred; and new sets of normality and pathology are emerging."

meio de substâncias químicas. Tal cenário é bastante evidente, principalmente, no campo dos psicotrópicos[28], onde se pode observar, historicamente, um "movimento em espiral" entre os usos médicos e não-médicos dessas substâncias (p.72). Logo, nesse sentido, as fronteiras estão e estarão em contínuo processo de redefinições. Na maior parte das vezes, as tentativas de delimitação desse campo pelos diferentes atores, nos intensos debates travados, acabam recaindo em uma distinção moral (ZAHID, 2010).

Considerando esse amplo campo de discussões, do qual apenas tangenciamos alguns dos pontos para ilustrar o grau de complexidade presente, autores como Wolpe (2002) são taxativos em afirmar que, em última instância, não é possível haver uma definição única e exclusiva de *enhancement* e que isso se deve, em parte, justamente pela instabilidade de conceitos como doença, saúde, normalidade e patologia. Corrobora a linha central de análise que vimos tentando expor dos autores da antropologia dos medicamentos, segundo a qual tais conceitos são fruto de construções historicamente situadas, em um contexto sociocultural determinado e que, por isso, são "resultado de valores negociados" (WOLPE, 2002, p.390). Acrescenta o autor que, portanto, o que é definido como médico bem como os serviços oferecidos nesse âmbito são, em alguma medida, arbitrários por serem produtos de negociações sociais circunscritas historicamente.

A dificuldade dessa composição se estende também para o uso dessas definições para orientar direções e caminhos em outras arenas de atuação, que lhes são correlatas. Por exemplo, em relação às pesquisas biomédicas e aos objetivos da medicina como um todo, às políticas públicas e regulatórias em saúde (incluindo as seguradoras) e, por fim, aos próprios comportamentos normativos, que versam sobre se o *enhancement* deve ser promovido ou banido, se é necessário realizar distinções morais entre intervenções apropriadas ou inadequadas, entre outros (PARENS, 1998; WOLPE, 2002; DE JONGH et al., 2008). Todo esse emaranhado de questões aponta, em um âmbito maior, para questionamentos filosóficos mais amplos sobre o papel da medicina e da terapêutica, de um lado, e o das qualidades humanas desejadas e/ou desejáveis, de outro (WOLPE, 2002). O autor alerta com essas pontuações que não é possível travar qualquer debate nesse campo sem levar em consideração que todas essas abordagens se alicerçam em assunções morais, isto é, mesmo a "neurociência

[28] O que será abordado um pouco mais detidamente no próximo capítulo, a partir dos benzodiazepínicos.

hoje é também construída em uma série de assunções fundamentais sobre a natureza humana e valor[29]" (p.387).

Outra grande dificuldade que emerge dessa fronteira fluida entre tratamento e *enhancement*, a qual alguns autores denominarão como "área cinzenta", principalmente no que diz respeito aos psicotrópicos, aos transtornos psiquiátricos e às questões emocionais, é a exploração dessa área pelos "*disease mongerers*", buscando definir muitas dessas condições indefinidas como doenças (DE JONGH et al., 2008), conforme processo já abordado em tópico anterior sobre a medicalização e a farmaceuticalização.

Diante desse quadro, enfatiza-se a importância de se investigar diretamente a experiência dos próprios usuários na utilização das drogas de *enhancement*, uma vez que podem trazer a riqueza advinda das nuances que envolvem as discussões sobre os "usos não-médicos" dos medicamentos, para além das perspectivas de "abuso", "uso irracional", "ilícito", dentre outros, já explicitados nos três paradigmas principais e encontrados nos debates do campo (RACINE & FORLINI, 2010; PETERSEN et al., 2014).

Para finalizar, cabe ainda ressaltar que até mesmo as supostas separações que se busca fazer nas discussões de *enhancement*, categorizando-o enquanto tipos (cognitivo, emocional, entre outros) também se mostra insuficiente para abarcar a complexidade do tema. Em pesquisa qualitativa, com estudantes de uma universidade de elite da Costa Leste dos Estados-Unidos, usuários "não-médicos" de estimulantes para fins de aprimoramento da performance acadêmica, Vrecko (2013) buscou analisar através de entrevistas semiestruturadas quais as crenças, práticas e experiências dos participantes com o uso desse tipo de substância. Contrariamente às expectativas de se encontrar uma centralidade dos relatos em torno dos efeitos nos processos cognitivos dos usuários, o que emergiu nas entrevistas foi um enfoque dado pelos respondentes à percepção do "aprimoramento" dos estados afetivos/emocionais. O autor explica que usou o termo "aprimoramento" também para se referir a esses estados afetivos, uma vez que os estudantes consideraram que essa mudança no estado afetivo por eles percebida teria sido fundamental para que eles conseguissem melhorar também as capacidades cognitivas no desempenho do trabalho acadêmico. As categorias relativas às emoções encontradas pelo autor foram: aumento de energia/ "ânimo", levando à sensação de bem-estar, motivação, interesse aumentado pela atividade (mesmo se antes ela não lhes dava interesse) e satisfação no processo de elaboração do trabalho (o que também não ocorria anteriormente).

[29] O texto em língua estrangeira é: "Neuroscience today is also built on a series of fundamental assumptions about human nature and worth."

Todas essas sensações foram indicadas como tendo aparecido após o uso do estimulante. Vrecko (2013) alerta que não se pode fazer qualquer afirmação sobre necessariamente alguma relação direta entre a ação dos estimulantes no sistema nervoso central e a experiência de alteração nos estados afetivos. Contudo, ele observou, através das narrativas, uma associação significativa entre o uso de estimulantes e as mudanças nos estados afetivos, apontando que tais mudanças fazem parte das próprias transformações consideradas necessárias ou úteis pelos estudantes para a performance acadêmica desejada. A grande relevância desse trabalho é que as observações têm como base a experiência dos próprios usuários e, segundo o autor, demonstra, a partir dessas percepções, que cognição e emoção estão interligadas, apontando para a importância de mais pesquisas nessa direção.

Além disso, a quantidade de estudos enfocando o *enhancement* do humor/estados afetivos e do comportamento pró-social é consideravelmente menor se comparado às pesquisas de *enhancement* cognitivo (DE JONGH et al., 2008). Pensá-los separadamente, a não ser que seja, talvez, para fins didáticos, pode ser uma falácia.

De acordo com De Jongh et al. (2008), em uma revisão de literatura sobre uso de determinados medicamentos para *enhancement*, foram encontrados limites práticos nos usos de várias substâncias. Dentre esses limites, citam os autores: a descoberta de que doses efetivas para um tipo de habilidade cognitiva pode, ao mesmo tempo, anular ou prejudicar outra do mesmo domínio; estudos que indicam que os efeitos dos *enhancers* farmacológicos dependem de um padrão basal específico como, por exemplo, em pesquisa em que indivíduos com baixa capacidade de memória demonstraram aumento da performance com dopamina, enquanto indivíduos com alta habilidade para memória, com a mesma substância, tiveram uma espécie de "overdose", tendo o desempenho dessa função prejudicado; por fim, um apontamento que vai na direção das discussões sobre a interdependência entre os diversos domínios é a possível ocorrência de *trade-offs* no uso dessas substâncias, por exemplo, em um estudo, citado pelos autores, no qual observaram um aumento na estabilidade cognitiva por meio da manutenção ótima da memória de trabalho às expensas de uma diminuição da capacidade de flexibilização do comportamento. A partir desse levantamento desses estudos feito pelos autores, eles alertam para a necessidade de mais pesquisas que possam investigar essas relações entre os diferentes domínios, principalmente, os que correlacionam cognição e emoção.

Em suma, adentrar por tal sorte de questionamentos é tentar abrir caminhos para indagar e refletir, por exemplo, em que medida o uso dos benzodiazepínicos também poderia

ser pensado no âmbito dessas estratégias de *enhancement* (cognitivo e/ou emocional e/ou comportamental), dependendo do sentido atribuído pelo usuário a sua utilização e prática de gestão do medicamento.

1.5 **A problemática em torno do "uso racional de medicamentos"**

Diante de tão variadas visões e análises, Whyte et al. (2002) enfatizam o desafio que é analisar, sob o ponto de vista antropológico, as ideias e práticas que circunscrevem os medicamentos. Dessa forma, afirmam que o que pesquisadores biomédicos pensam sobre determinado medicamento, por exemplo, é apenas um tipo de conhecimento calcado em uma prática social específica, diferente da de usuários, médicos, entre outros. Para além de um mero composto químico, os medicamentos se corporificam e se constroem dentro de práticas sociais específicas, o que faz com que encarnem sentidos distintos em conformidade com o contexto cultural, no qual foram forjados. Dessa forma, uma entidade química não existe como um ente em si, mas como um feixe de relações intrincadas, que escapa ao mero registro de prescrições e aos *scripts* médicos. Nesse bojo, reside a riqueza que pode advir de uma investigação qualitativa.

Desse modo, experiências em diversificados campos etnográficos como Camarões, Uganda, Filipinas, dentre outros (WHYTE et al., 2002) apontaram para formas distintas de experienciar sintomas, tomar decisões e orientar ações referentes ao consumo e uso de medicamentos. Tal constatação assume viés relevante de análise visto que discutir questões como, por exemplo, o "uso racional de medicamentos", não pode ser algo construído sem se levar em consideração as contingências socioculturais e os processos históricos que a situam. Assinalam os autores que "os usuários têm sua própria forma de racionalidade, como uma boa etnografia revela"[30] (p.166, tradução nossa). Sendo assim, de acordo com eles, afirmar que o medicamento é social implica considerar:

> [...] duas faces de uma mesma moeda. Primeiro, os medicamentos adquirem significado através das experiências sociais compartilhadas no contexto social de

[30] O texto em língua estrangeira é: "Users have their own form of rationality, as good ethnography reveals."

> relações. Segundo, seu uso na vida social tem implicações, imediatas e de longo prazo, para essas mesmas relações[31]" (p.169, tradução nossa).

Com o intuito de situar as considerações socioantropológicas sobre o assunto, cabe situar brevemente como se desenrola o surgimento das discussões em torno do "uso racional de medicamentos". Holloway & van Dijk (2011) esclarecem que o "uso racional de medicamentos" é um termo usado para designar o uso "apropriado, adequado e correto" do medicamento, englobando os seguintes aspectos: quando o paciente recebe o medicamento apropriado, em doses e período adequados às suas necessidades e com o menor custo possível para ele e para a comunidade. Sendo assim, o "uso irracional" caracterizaria o uso "inapropriado, inadequado e incorreto", no qual uma ou mais das referidas condições acima expostas não são atendidas (p.2). Desse modo, o uso irracional incluiria aspectos como automedicação, uso abusivo de antibióticos, falha de prescrição, polifarmácia, dentre outros.

A preocupação da OMS e dos países-membros com o "uso irracional dos medicamentos" refere-se aos custos que tais condutas acarretam. De acordo com White, Arakelian e Rho (1999), os efeitos adversos ocorrem com frequência, levando a um número considerável de mortes a cada ano, de forma que o custo econômico decorrente da morbidade e mortalidade relativas ao uso irracional de medicamentos já foi estimado em US$30 bilhões anualmente. Na época, também estimaram que os eventos fatais diretamente relacionados aos efeitos adversos de medicamentos foram a quarta dentre as seis principais causas de morte nos hospitais norte-americanos, ultrapassando as mortes por pneumonia e diabetes. Tais dados são apenas para ilustrar alguns dos motivos que tornam a discussão do uso racional de medicamentos tão visível nos dias atuais. Diante disso, os autores apontam que grande parte dos efeitos adversos é evitável, demonstrando a necessidade de ações de prevenção e monitoramento no que se refere ao uso dos medicamentos.

O primeiro movimento internacional sistemático pela busca de padrões seguros no uso de medicamentos encontra como marco o desastre com a talidomida, em 1961. Devido à exposição a essa substância no período gestacional, milhares de crianças nasceram com malformações congênitas (OMS, 2002; PAL et al., 2011). Com isso, a 16º Assembleia Mundial de Saúde, que aconteceu em 1963, em Geneva, adotou uma resolução[32] que

[31] O texto em língua estrangeira é: "...two sides of the same coin. First, medicines take in meaning through common social experience in the context of social relations. Second, their use in social life has implications, immediate and long term, for those relations."

[32] WHA 16.36

enfatizava a necessidade em estabelecer ações rápidas na disseminação de informações concernentes aos efeitos adversos dos medicamentos. Essa iniciativa culminou na criação do Projeto de Pesquisa Piloto Internacional para o Monitoramento de Medicamentos, da OMS, em 1968, com o intuito de criar um sistema internacional de detecção preventiva de efeitos adversos pouco conhecidos ou desconhecidos dos medicamentos. Posteriormente, esse projeto piloto transformou-se no Programa Internacional de Monitoramento de Medicamentos, da OMS. Nesse processo, encontra-se o contexto de emergência da farmacovigilância enquanto prática e ciência[33] (OMS, 2002).

A farmacovigilância é definida como "a ciência e as atividades relacionadas a detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou outro problema relacionado aos medicamentos[34]" (OMS, 2002, p.7, tradução nossa). Em linhas gerais, os objetivos principais da farmacovigilância são promover o cuidado ao paciente bem como sua segurança no uso de medicamentos e também oferecer um suporte aos programas de saúde pública, através da disponibilização de informações adequadas e confiáveis para a avaliação da relação risco-benefício dos medicamentos. Isso inclui o fomento ao uso "seguro, racional e mais efetivo (incluído o preço), bem como a promoção de conhecimento, educação e treinamento clínico em farmacovigilância e em sua efetiva comunicação ao público[35]" (OMS, 2002, p.8).

Segundo Pal et al. (2011), a farmacovigilância teve um crescimento vertiginoso nos últimos 10 anos em todo o mundo, mas a partir de demandas e necessidades diversas nos diferentes países. Por exemplo, enquanto que nos países em desenvolvimento esse campo desenvolveu-se, em grande parte, em virtude do enfoque em doenças como HIV/AIDS, malária e tuberculose, nos países desenvolvidos ele se deu a partir da busca por maior transparência e acesso a informações sobre os medicamentos.

Além disso, os autores acrescentam que a partir das rápidas transformações fomentadas pela globalização, pelo desenvolvimento técnico-informacional, pelo consumo crescente, pela expansão da comunicação com o advento da internet, entre outros,

---

[33] A criação da Sociedade Internacional de Farmacoepidemiologia (ISPE), em 1984, e da Sociedade Européia de Farmacovigilância (ESOP, transformando-se, posteriormente em Sociedade Internacional, ISOP), em 1992, consolidaram formalmente a Farmacovigilância como campo acadêmico e científico, em sua integração crescente com a prática clínica (OMS, 2002).

[34] O texto em língua estrangeira é: "Pharmacovigilance is the science and activities relating to the detection, assessment, understanding and prevention of adverse effects or any other possible drug-related problems."

[35] Informação disponibilizada no site da OMS em: http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4893e/. Acesso em set 2015.

intensificados a partir da década de 1990, a farmacovigilância passou a ter que se estruturar diante de um novo contexto. Essas transformações possibilitaram novas formas de acesso da população às informações sobre os medicamentos, bem como aos próprios fármacos, o que fez com que os programas em farmacovigilância tivessem novas preocupações em relação à segurança dos medicamentos. Dentre as novas preocupações, destacam-se o acesso e a venda ilegal de medicamentos pela internet, o crescimento das práticas de automedicação, o uso crescente de medicamentos tradicionais associados a medicamentos com potencial efeito adverso mediante interação medicamentosa, fabricação e venda de remédios falsificados, dentre outros (OMS, 2002, p.07).

De acordo com Pal et al. (2011), na atenção primária, menos de 40% dos pacientes do setor público e de 30% do setor privado são tratados de acordo com os protocolos que padronizam a administração correta dos medicamentos. Acrescentam ainda que a aderência ao tratamento por parte dos pacientes, no mundo, chega a apenas 50%, sendo essa estimativa ainda menor em países em desenvolvimento, nos quais mais de 50% das ações de dispensação que se referem especificamente à instrução dos pacientes e à rotulação dos medicamentos é feita de maneira inadequada (ou seja, irracional de acordo com a definição).

Apesar dos esforços da OMS e de seus países-membros em buscarem cumprir com os objetivos da farmacovigilância, dentre os diversos obstáculos encontrados, cabe destacar a dificuldade em uniformizar determinadas informações acerca dos efeitos adversos dos medicamentos, especialmente, aquelas que se referem à avaliação do risco-benefício. Isso se deve às diferentes percepções de risco de acordo com os diversos locais e pessoas, considerando-se que os próprios pacientes, profissionais de saúde ou fabricantes são os que mais informam os efeitos adversos e de forma espontânea (PAL et al., 2011). Desse modo, fica evidente o quanto o medicamento encontra-se imbricado em uma malha sociocultural, de tal forma que os próprios esforços das agências reguladoras e governamentais para a construção de seus protocolos e planos de ação, na busca incessante de reduzir os "usos irracionais" e efeitos adversos, acabam deixando entrever em seus limites o medicamento como objeto social.

Cabe ressaltar que, de acordo com Desclaux e Lévy (2003), foi justamente nesse período de "desencantamento" (p.9) frente aos limites que começaram a aparecer em relação à eficácia dos medicamentos e da terapia farmacológica, que emergiu o campo da antropologia dos medicamentos. Foi nessa lacuna que se abriu diante das rupturas engendradas por tais limites na visão positivista do medicamento até então presente, associadas aos estudos sobre

medicamentos que ocorriam simultaneamente nos países do Sul, conduzidos por van der Geest e colaboradores, em uma perspectiva antropológica social e cultural que, segundo os autores, emergiu esse novo campo na antropologia (DESCLAUX E LÉVY, 2003; DESCLAUX, 2006).

Em 2009, a OMS (2009) realizou uma revisão sistemática dos estudos publicados sobre o uso de medicamentos em países em desenvolvimento e em transição, entre 1990 e 2007, com vistas a avaliar os tipos de intervenção capazes de fomentar o uso racional de medicamentos. A partir do levantamento, concluíram que intervenções múltiplas, como as que incluíam estratégias educacionais associadas a ações de gerenciamento de informações, se mostraram mais efetivas do que as que focavam em uma única estratégia.

Contudo, assim como já pontuado acima sobre os desafios encontrados na heterogeneidade da percepção de risco quando se avalia os efeitos adversos, as medidas educativas também não se mostraram de todo efetivas. De acordo com uma pesquisa global sobre educação pública referente ao uso racional de medicamentos, realizado pela OMS (representada por FRESLE & WOLFHEIM**,** 1997), observou-se que "embora os medicamentos modernos estejam baseados no modelo científico-racional, eles são distribuídos, prescritos e usados, frequentemente, de maneiras que não estão de acordo com esse modelo" (p.i). Estimam que em diversas partes do mundo cerca de 80% das pessoas se automedicam com remédios modernos para tratar problemas de saúde e, ainda, mesmo que utilizem o sistema de saúde formal, apresentam uma tomada de decisão em relação ao uso do medicamento muito própria e particular. Os usuários decidem quais remédios prescritos que irão adquirir (ou se não vão comprar), onde vão comprar, como e quando irão tomar, se vão continuar ou parar a depender dos efeitos, entre outros (FRESLE & WOLFHEIM**,** 1997, p.2). A OMS (FRESLE & WOLFHEIM**,** 1997) atribui a essas práticas de gestão medicamentosa influências advindas de grupos familiares ou outros grupos sociais, da publicidade de medicamentos ou das próprias informações transmitidas pelos prescritores e farmacêuticos.

Drulhe e Fernandez (2002) pontuam que a lógica do "uso racional do medicamento" no viés da saúde pública segue uma dupla racionalidade: a "racionalidade médica" associada à "racionalidade técnica", que servem de aparato a uma "racionalidade instrumental". Tal modelo de racionalidade estaria à serviço da normatização da racionalidade própria aos profissionais e ao modelo imperativo de saúde, excluindo-se, portanto, as racionalidades multifacetadas dos consumidores, que entrariam em conflito com as orientações protocolares. Dentro desse quadro, as justificativas para as "condutas irracionais" dos usuários nesse

modelo que os autores denominam como sendo do "prescritor e do consumidor racionais" apontariam para uma relação disfuncional entre médico e paciente.

Essa seria uma visão tecnicista da racionalidade ínsita no paradigma normativo dominante, calcada em discursos tecnocráticos, no qual o uso racional seria definido como "[...] a prescrição judiciosa de profissionais bem-informados sobre drogas bem-estudadas para pacientes bem-informados e em condições bem-definidas" (COHEN et al., 2001, p.444)[36]. Essa definição desses autores, colocada de certa forma irônica porque idealista, denuncia a dimensão valorativa em jogo (bem x mal), excluindo-se a dimensão da ambivalência própria ao uso dos medicamentos (DESCLAUX & LÉVY, 2003; CEDRASCHI et al., 2006; MARTIN, 2006), bem como dos múltiplos aspectos conjuntos que contribuem de forma complexa e não evidente para a tomada de decisão e para as práticas de gestão medicamentosa por parte dos usuários. Assim, o que parece "irracional" do ponto de vista biomédico, pode não o ser em determinados grupos sociais ou contextos culturais, de forma que, raramente, trata-se do paciente não ter compreendido o médico em suas orientações, mas sim de haver ideias e interesses diferentes (VAN DER GEEST et al., 1996).

Além disso, os autores asseveram que a "racionalidade" é fruto de contradições, pois, inclusive, a não prescrição de medicamentos, em determinados casos, pode ser vista como "racional" do ponto de vista médico, mas pode ser considerada como "irracional" em determinado grupo cultural. Isso se explicaria pelo fato, por exemplo, da prescrição também ter um caráter de concretude que precede a concretude do medicamento, de forma que, sendo o medicamento, atualmente, visto como o centro da prática médica, a prescrição é um ato altamente esperado pelos pacientes e contingenciado ao médico (VAN DER GEEST et al., 1996).

Contudo, tais autores ressaltam que o conhecimento biomédico determina as prescrições apenas de maneira parcial, pois ela também é um ato social. Desse modo, explicam que a prescrição seria um ato que interliga médico e paciente, constituindo, assim como o medicamento, a representação metonímica do médico, como já visto anteriormente, tendo funções específicas para ambos os atores (VAN DER GEEST & WHYTE, 1989; VAN DER GEEST et al., 1996). Para o paciente, seria alguma legitimação de seu sofrimento e alguma "prova" de sua doença que lhe dariam um lugar específico em seu contexto social e, para os médicos, poderiam dar a sensação que estão, de fato, auxiliando o paciente (VAN DER GEEST et al., 1996). Outros aspectos que também podem influenciar o ato social da

[36] O texto em língua estrangeira é: "… the judicious prescription by well-informed professionals of well-studied drugs to well-informed patients for well-defined conditions."

prescrição podem envolver o medo de perder o paciente, a tentativa de evitar o desconforto de refutar as demandas dos pacientes, a incerteza do diagnóstico, dentre outros motivos (COHEN et al., 2001).

Ao considerar-se a subjetividade dos atores em relação, circunscrita a um contexto social específico, é possível perceber diversas racionalidades que diferem da racionalidade imposta externamente por meio das "normas científicas". Essas racionalidades são forjadas em meio a fatores variados tais como valorações subjetivas das terapias, interpretações de saúde e doença, expectativas com o uso dos medicamentos, incertezas, maneira de compreender e lidar com riscos e benefícios, entre outros (COHEN et al., 2001). Cohen e seus colaboradores (2001) acrescentam que faltam estudos que possam pesquisar, por exemplo, como os membros das agências regulatórias constroem as noções de "terapêutico", "perigoso", "risco" e os fatores que contingenciam e permeiam essa construção na vida social desses profissionais. Enfatiza que até os efeitos adversos são forjados no seio de um sistema social, não sendo possível pensá-los sem essa prerrogativa.

Nesse ínterim, Flower (2004) traz, de forma geral, interrogações sobre como são interpretadas as relações risco-benefício, uma vez que elas fariam parte de um *continuum*, no qual os efeitos secundários dos medicamentos poderiam variar desde pequenos inconvenientes até perigos de morte. Afirma que em pessoas doentes, em geral, parece haver um "cálculo sutil do sofrimento humano" (p.185), avaliando-se quais seriam os efeitos colaterais aceitáveis perante o grau de gravidade da doença. Contudo, relembra que o conceito de saúde é difícil de definir, de forma que os objetivos do consumo de medicamentos não são evidentes, sendo as fronteiras entre necessidade e doença, aspiração e objetivo terapêutico, entre outros, nada nítidas. Logo, são muitos os fatores em questão na tomada de decisão e no manejo do uso de medicamentos.

O autor vai mais adiante e assinala que a relação que mantemos com as atividades de "risco" podem ajudar a pensar sobre o tema. Questiona sobre quem para de dirigir ao saber do alto número de acidentes ou quem para de falar no celular por conta do risco de danos com a radiação, entre outros. Sua conclusão é a de que "[...] se o valor intrínseco de um produto para o indivíduo é suficientemente alto, e o risco é voluntário, então a maioria das pessoas vão aceitá-lo desejosamente[37]" (FLOWER, 2004, p.185, tradução nossa).

A discussão dos efeitos adversos só pode ser realizada em consonância com as noções de eficácia, que é um relevante estágio no ciclo de vida dos medicamentos (VAN DER

[37] O texto em língua estrangeira é: "[…] if the intrinsic value of a product to the individual is sufficiently high, and the risk is voluntary, then most people will accept it willingly".

GEEST et al., 1996; COHEN et al., 2001). Inicialmente, cabe considerar, de acordo com os autores citados, que os efeitos dos medicamentos incluem diversos aspectos que estão para além do físico e do mental, incluindo também o social, o psicológico, o simbólico, o cultural e, em muitos casos, até o metafísico. Tendo isso em vista, assim como a noção de efeitos adversos é uma construção sociocultural, a de eficácia também faz parte desse bojo (VAN DER GEEST et al., 1996; COHEN et al., 2001).

Sendo assim, van der Geest et al. (1996) enfatizam que se o medicamento não é uma substância química em si mesma, a sua eficácia não pode ser resultado da química *per se*. Logo, a eficácia estaria vinculada a um contexto mais amplo, que incluiria a situação e a circunstância, nas quais o remédio foi consumido, os atributos não-químicos como cor, nome, formato, proveniência, entre outros, propriedades do prescritor e também de quem recebe, etc. Ademais, a eficácia também é cultural, estando ela na capacidade dos medicamentos "[...] em carrear significados [...] não sendo só utilizados depois que uma doença foi diagnosticada. Eles podem ter um papel crucial em identificar e interpretar a doença e contribuir para sua construção cultural[38]" (p.169, tradução nossa).

Baseadas em todas essas questões, é que as pessoas constroem suas compreensões sobre a eficácia e o risco dos medicamentos, a necessidade do uso, o que em certa medida vai influenciar as formas de uso e sua gestão ou manejo. Tal consideração torna-se relevante, conforme pontuam os autores, na medida em que diversos estudos em saúde, bem como as sugestões de intervenções, vão buscar compreender três questões principais no que concerne ao uso do medicamento, em seus aspectos conceituais: a automedicação, a adesão e a não-adesão aos tratamentos medicamentosos, sendo que a automedicação tem sido encontrada em muitas pesquisas como a ação mais comum (VAN DER GEEST et al., 1996).

Esses autores explicam que a automedicação, em linhas gerais, se refere às práticas de uso que ocorrem fora dos controles profissionais médicos, geralmente, em casa. Acreditam que isso ocorre pelo fato de, primeiramente, o medicamento ter se tornado central na medicina. Tendo isso em vista, a automedicação adviria de uma questão de conveniência e economia, por estar profusamente disponível nos mais diversos locais, tornando-se rotina, parte do dia-a-dia das pessoas. Acrescentam que, em países do Norte, ela é inclusive estimulada como uma forma de tornar os usuários independentes dos serviços de saúde e também da assunção de responsabilidade por si. Nesse sentido, já vimos com Dumit (2012)

[38] O texto em língua estrangeira é: "[…] carry meanings… are not only apllied after after a disease has been diagnosed. They may also play a crucil role in identifying and interpreting illness and thus contribute to its cultural construction."

como nossa relação atual com os medicamentos é perpassada por essa lógica do autogoverno individual.

O sucesso dos medicamentos estaria, de certa forma, até mesmo nessa possibilidade da automedicação, isto é, por ser um objeto com esse caráter concreto (de "coisa"), capaz de escapar de certos controles sociais, de ser consumido em nível privado, o que parece contribuir para a sensação de autonomia e escolha (DESCLAUX & LÉVY, 2003). Tal fato se tornaria ainda mais relevante em um contexto, no qual o modelo dominante ainda é o paternalista, centrado na relação médico-paciente, sendo este ainda visto como passivo e pouco participativo em seu próprio processo de tratamento (COHEN et al., 2001).

Os limites entre a automedicação e a medicação prescrita são bastante tênues, pois não se tem garantia que o medicamento será consumido conforme determina a prescrição ou os profissionais de saúde. Nesse sentido, todo manejo ou gestão da medicação é e será, em alguma medida, automedicação (VAN DER GEEST et al., 1996).

Akrich (1995) realizou um estudo, no qual enfocou alguns aspectos dos medicamentos como a bula, a forma de apresentação e suas influências no uso e administração. Ao analisar bulas de medicamentos, pôde observar em suas diversas características (que não detalharemos aqui), que ela realiza um papel de ligação, em maior ou menor grau, entre os diferentes atores participantes da ação terapêutica. Contudo, se por um lado, ela reinscreve o medicamento em sua rede de relações (no que concerne ao tratamento), por outro, ela deixa uma lacuna, no que diz respeito ao paciente e ao seu contexto ou ambiente imediatos. A relevância dessa percepção se deve ao espaço que fica aberto e através do qual o usuário se move, isto é, em vez de cumprir automaticamente o que está prescrito, ele se utiliza de suas próprias experiências e precisa mobilizar seus recursos para "efetuar o trabalho de tradução e de contextualização dos elementos fornecidos pela bula[39]" (p.1995), o que pode ser estendido também às prescrições.

É nesse âmbito que Cohen et al. (2001) criticam a escassez de estudos descritivos que busquem englobar as lógicas individuais e locais, as diferentes racionalidades e representações e o que motiva ou explica essas diversas formas particulares de uso do medicamento. Crítica que vai na mesma direção da de Conrad (1985) ao afirmar que a maioria das pesquisas sobre a não-aderência do paciente aos tratamentos são centradas na visão dos médicos, apontando para a necessidade de mais estudos sob o ponto de vista dos

[39] O texto em língua estrangeira é: "[…] effectuer un travail de traduction et de contextualization des éléments fournis par la notice".

pacientes, sobre o que pensam, como gerem a medicação, quais os motivos para manejarem de determinada forma, etc.

Dificuldades como essas da "adesão ao tratamento" abriram campo para o surgimento de novas abordagens em saúde mental como, por exemplo, a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), surgida na província de Quebec, nos anos 1990, a partir de um processo de desenvolvimento conjunto, com o esforço de diversos atores como usuários, profissionais de saúde, de organizações da comunidade de saúde mental, entre outros (RODRIGUEZ DEL BARRIO et al., 2013). Em linhas gerais, segundo esses autores, a proposta do GAM busca contemplar as vivências e experiências que os usuários dos serviços de saúde mental mantêm com suas medicações, como as utilizam e gerem, quais as práticas envolvidas, a experiência dos profissionais de saúde mental e o que se têm discutido sobre o uso de psicotrópicos tanto na área biomédica, como nas ciências sociais e humanas. Em relação ao uso de medicamentos, a tentativa é a de construir uma decisão compartilhada no processo de prescrição e uso da medicação entre o médico e o usuário, em uma abordagem que mude a centralidade do controle dos sintomas para outra mais global, o que tem sido campo para diálogo em alguns novos modelos que estão surgindo (RODRIGUEZ DEL BARRIO et al., 2013)[40].

Como a análise aqui proposta não se vincula necessariamente nem exclusivamente a usuários dos serviços de saúde mental nem ao uso de medicamentos para fins de "tratamento médico" bem definidos (embora não as exclua), não estenderemos as análises sobre as abordagens medicamentosas e de tratamento nesses serviços que, de fato, é tema relevante de análise. Contudo, buscou-se apenas demonstrar como os sentidos dados aos medicamentos, que determinam suas práticas de uso, manejo e gestão, são definidos por trajetórias complexas, imprevisíveis e dinâmicas que se dão no intercruzamento entre lógicas individuais e locais e o contexto sociocultural, econômico e global que as circunscreve.

[40] Não serão aqui discutidos mais profundamente esse ou outros modelos, contudo cabe pontuar a relevância do surgimento de abordagens como a GAM, que nascem no espaço deixado pelas lacunas nos estudos sobre a não-adesão ou sobre o uso irracional de medicamentos e a dificuldade das políticas públicas de saúde em contornar seus efeitos, principalmente ao se alicerçarem na centralidade da racionalidade tecnocrática em detrimento das especificidades socioculturais no uso de medicamentos.

2 **A HISTÓRIA DOS BENZODIAZEPÍNICOS: UM PERCURSO MULTIFACETADO**

Os benzodiazepínicos são substâncias que agem no sistema nervoso central (SNC), apresentando como efeitos principais sedação, hipnose, atividade anticonvulsivante, relaxamento muscular, diminuição da ansiedade e amnésia anterógrada. Contudo, não são capazes de produzir os mesmos graus de depressão neuronal que os barbitúricos e alguns anestésicos. Dessa forma, a capacidade para induzir depressão profunda do SNC com risco de morte é bastante limitada, bem como para provocar colapso cardiovascular ou depressão respiratória que possa ser fatal (exceto se outras substâncias depressoras do SNC também estiverem no organismo) (CHARNEY, MIHIC & HARRIS, 2005).

De acordo com esses autores, tais propriedades fizeram com que essa classe de substâncias se sobrepusesse aos outros agentes sedativo-hipnóticos, conferindo-lhe "uma medida de segurança que levou, em grande parte, à substituição de agentes mais antigos pelos benzodiazepínicos no tratamento da insônia e da ansiedade" (p.303).

Charney, Mihic & Harris (2005) assinalam que desde a Antiguidade são utilizadas substâncias para induzir ao sono, como por exemplo, bebidas alcoólicas e preparos com ervas, dentre outros. Contudo, relatam que os primeiros agentes específicos para a sedação foram os sais de brometo, também sendo usados como hipnóticos em meados do século XIX. Apenas em 1903, os barbitúricos entraram em cena com o barbital e, em 1912, com o fenobarbital. O sucesso destes foi tão avassalador que, segundo os autores, engendrou a criação e o teste de mais de 2500 barbitúricos (sendo que destes, 50 adentraram o mercado).

Os autores enfatizam que "os barbitúricos dominaram o cenário de maneira tão notável, que menos de uma dezena de outros sedativo-hipnóticos foi comercializada com sucesso antes de 1960" (p.304). A era dos BZD começa com a introdução do clordiazepóxido na clínica médica, em 1961, seguido das demais substâncias dessa mesma classe que foram escolhidas para serem comercializadas por seu potencial ansiolítico e por serem consideradas mais seguras que os barbitúricos. Os autores ressaltam, contudo, que os diferentes BZD variam em graus consideráveis quanto aos seus efeitos sedativo-hipnóticos[41], sendo tais efeitos os mais buscados na clínica dessa classe, especialmente a indução do sono.

[41] Segundo Charney et al.(2005), "o agente *sedativo* reduz a atividade, modera a excitação e acalma o indivíduo, enquanto o agente *hipnótico* produz sonolência e facilita o início e a manutenção de um estado de sono, que se assemelha ao sono natural... e do qual o indivíduo pode ser facilmente acordado" (p.303), sendo que o efeito que passa da sedação para a hipnose e, posteriormente, para o estupor, em geral, depende das dosagens.

Segundo Woods, Katz & Winger[42] (1992) há uma variação bastante significativa na prevalência dos usos de BZD de acordo com as áreas geográficas, o tipo de agente mais usado em cada região e a frequência do uso. Para essas análises, os autores trabalharam com dados fornecidos pelo *IMS Health*, de 31 países, que juntos eram responsáveis pela maior parte das vendas de tranquilizantes menores e sedativo-hipnóticos no mundo. Apenas para exemplificar, os autores encontraram que os nove países responsáveis, em 1989, pela maior taxa de exposição *per capita* aos BZD, na população adulta, foram: Estados-Unidos, França, Japão, Itália, Reino Unido, Alemanha, Espanha, Brasil e Canadá. Os BZD representaram 36% das vendas, em 1981, subindo para 50%, em 1989, sendo que neste ano, eles eram responsáveis por uma fatia de 83% do mercado de tranquilizantes menores. Contudo, os autores afirmaram haver variações entre os países nas tendências ao longo do tempo, apontando para a necessidade de cautela e contextualização nas análises sobre o padrão de consumo.

Estudos diversos têm apontado que as mulheres recebem o dobro de prescrições de BZD[43] do que os homens (SMITH, 1991; WOODS et al., 1992; ETTORE & RISKA, 1995; CURRIE, 2003; GALDURÓZ et al., 2005; OLFSON, KING & SCHOENBAUM, 2015). A prevalência de uso tende a aumentar com a idade, observando-se maior uso em idosos se comparado às demais faixas etárias (WOODS et al., 1992; TAYLOR et al., 1998; CURRIE, 2003; FOURRIER et al., 2001; Alvarenga et al., 2007; Cunha et al., 2015), constatando-se ainda que os idosos também aparecem como a faixa etária que mais usa os BZD em longo-termo (OLFSON et al., 2015; KURKO et al., 2015).

As temáticas do uso abusivo e do mau uso e a apreensão quanto aos riscos a eles associados, bem como a preocupação com a questão da dependência e da síndrome de

[42] Os autores realizaram uma revisão sistemática extensa de todos os artigos científicos relevantes publicados até 1985 que versavam sobre o tema da "propensão ao abuso" dos BZD. Contudo, fizeram nova revisão, em 1991, na medida em que observaram que as publicações nesse tema, praticamente, dobraram entre 1985 e 1990. Alguns dados das análises serão apresentados no decorrer do texto. Essas revisões foram utilizadas como fontes para o capítulo sobre hipnóticos e sedativos (CHARNEY et al., 2005), do livro-texto do Goodman & Gilman (2005), "As bases farmacológicas da terapêutica", e também foram usadas em diferentes trechos pela OMS (1996) em seu relatório sobre "Uso racional de benzodiazepínicos", de seu "Programa de Abuso de Substâncias".

[43] A questão de gênero e consumo de tranquilizantes é tema fundamental de discussão. Ettorre e Riska (1995) afirmam que essa diferença de consumo está incrustada na construção da sociedade como um todo alicerçada no gênero. Portanto, não é possível refletir-se sobre esses dados, sem situá-lo nessa dimensão mais ampla do contexto sócio-histórico e da construção de gênero. Considerando que o tema do gênero nem sempre é levado em conta nas pesquisas sobre o uso de benzodiazepínicos e a escassez de estudos sobre gênero e uso de psicotrópicos, as autoras se propõem a fazer essa discussão no livro que escreveram, "Gendered Moods" (1995). Por ser um tema fundamental que por si só exigiria um espaço maior de discussão, não será possível elucidá-lo no presente trabalho.

abstinência têm sido abordadas em estudos variados (BERNIK, SOARES & SOARES, 1990; LADER, 1991; WOODS et al., 1992; PETURSSON, 1994; SMITH & DARLINGTON, 1994; LONGO & JOHNSON, 2000; KURTZ et al., 2011; LADER, 2011; FORD & LAW, 2014). De acordo com Bernik et al. (1990), em revisão de literatura, os BZD não foram considerados em relação à questão da dependência física durante um período de 20 anos, mas a partir da década de 1970, os estudos sobre a dependência e a síndrome de abstinência começaram a se tornar mais frequentes nas publicações médicas. Contudo, algumas evidências científicas mais concretas sobre a possibilidade da dependência e sua frequência só começaram a aparecer a partir da década de 1980 (LADER,1991).

De acordo com a célebre revisão sistemática realizada por Woods et al. (1992), foi observado que a dependência física ocorreu associada aos casos de altas doses e que a duração do uso também foi encontrada como fator de risco. No entanto, nos casos de dependência física, em geral, não foram encontradas evidências suficientes para confirmar a presença dos efeitos reforçadores que são típicos para casos de adicção. Baseados na revisão realizada, esses autores indicaram a necessidade de mais estudos conclusivos em relação às hipóteses de que a manutenção do uso seria causada por dependência física e de que o uso em longo prazo seria ausente de benefícios. Lader (2011), também em revisão de literatura, encontrou uma relação risco-benefício positiva para o uso considerado de curto-termo (2 a 4 semanas)[44], mas ressaltou ainda não haver evidências sobre tais benefícios e os possíveis riscos após esse período.

Outros pesquisadores (BERNIK, SOARES & SOARES, 1990; CHARNEY et al., 2005) indicaram a possibilidade do desenvolvimento de dependência leve para pacientes que usam doses regulares terapêuticas por longo período, podendo ocorrer a síndrome de retirada quando se interrompe o uso. Petursson (1994) afirma que a retirada do medicamento após dosagens normais pode ocasionar alguns sintomas como irritabilidade, aumento da ansiedade, tremores, sudorese, dor de cabeça, perda de peso, palpitações, entre outros. Contudo, depende de fatores como tipo de BZD utilizado, dosagem e tempo de uso. Acrescenta ainda que a dependência física pode acontecer no uso de doses terapêuticas por longo tempo, mas não se

[44] Em relação ao uso racional de BZD, a OMS (1996) endossa a recomendação da Associação Americana de Psiquiatria (APA), divulgada em 1990, de acordo com a qual "clínicos devem se esforçar para usar a menor dose de benzodiazepínicos, que são terapêuticas, pelo período mais breve de tempo possível, geralmente não mais do que duas a quatro semanas de uso contínuo" (APA, 1990 apud OMS, 1996, p.2). A OMS(1996) informou que essa recomendação foi observada também nas publicações mais recentes que haviam encontrado sobre o assunto.

sabe ao certo quais pacientes estão mais propensos, nesses casos, a sofrer a síndrome de retirada.

Woods et al. (1992) afirmam que essa síndrome demonstrou ser mais severa em casos de altas doses ou do uso de BZD de meia-vida[45] curta e que a redução gradual dos BZD diminui a intensidade da abstinência nos pacientes dependentes, mas não a elimina por completo. Além disso, encontraram que a retirada dos agentes de meia-vida curta está associada a sintomas de abstinência significativamente mais intensos do que os de meia-vida longa.

Busto et al. (1986) afirmam que pacientes considerados como estando em situação de abuso e/ou dependência de BZD não apresentam o mesmo padrão de uso dos usuários de drogas ilícitas. Em geral, utilizam doses menores e por menos tempo ao longo da vida, não se observando aumento contínuo das dosagens, mesmo que haja tolerância. O autor constatou haver diferença nos padrões de abuso de BZD entre usuários de outras drogas e usuários exclusivos de BZD. Nesse sentido, Longo e Johnson (2000) alertam para a necessidade de maior atenção na prescrição de BZD para pessoas com história prévia de adicção, por conta do potencial para abuso dessa substância. Lader (1991) assinala que as controvérsias na história dos BZD no que concerne à dependência estão ligadas àquelas referentes ao próprio campo mais geral das adicções e que traçar uma relação entre elas não é simples.

A tolerância tem sido outro tema de preocupação na área. Como a classe dos BZD é composta por vários agentes, pesquisadores (BERNIK et al., 1990; ASHTON, 2002; CHARNEY et al., 2005) observaram que o desenvolvimento da tolerância aos BZD ocorre para suas diversas ações, variando com relação às taxas e podendo acontecer em graus diferentes. Por exemplo, a tolerância referente aos efeitos hipnóticos e padrão de sono do usuário tende a se desenvolver mais rapidamente, com o mesmo retornando ao padrão de sono anterior ao uso, em poucas semanas. Já em relação aos efeitos ansiolíticos, a tolerância se desenvolve mais lentamente, havendo, no entanto, poucas evidências de que tais efeitos durem após alguns meses de uso. Contudo, em relação a estes, a discussão ainda é permeada por controvérsias. Charney et al. (2005) assinalam que um número considerável de pacientes pode manter a dose relativamente constante e que um óbice encontrado no campo é a dificuldade em se mensurar tanto a ansiedade quanto a sedação nos seres humanos.

[45] De acordo com Diasio (2014), a meia-vida de um medicamento refere-se à quantidade de tempo necessária, no decorrer da fase de eliminação, para que a concentração da substância no plasma sanguíneo se reduza pela metade. O autor enfatiza que a meia-vida é importante para indicar quanto tempo uma determinada substância leva para ser eliminada do organismo.

Estudos mais recentes trazem novas contribuições ao campo de estudos sobre os possíveis riscos do consumo de longo prazo de BZD. Gage et al. (2014) encontraram associação entre o uso de BZD e o aumento do risco para o desenvolvimento do Mal de Alzheimer e alertaram que a associação mais intensa observada em casos de longo uso de BZD (mais que seis meses) abre uma possibilidade para se hipotetizar a associação direta. Em uma comparação entre pessoas diagnosticadas com Alzheimer com um grupo controle, os autores verificaram que o uso cumulativo de BZD por longo termo foi marcadamente mais comum em sujeitos com Alzheimer (32,9%) do que no grupo controle (21,8%). Esse estudo que englobou 8.980 indivíduos com idade acima de 66 anos, em Quebec, Canadá, demonstrou que o risco para o Mal de Alzheimer aumentava em uma faixa de 43-51% entre aqueles que fizeram uso de BZD no passado (se comparado a não usuários). Contudo, Gray et al. (2016), em estudo com 3.434 sujeitos com idade igual ou acima de 65 anos, nos Estados-Unidos, não encontraram associação entre o nível elevado de uso de BZD e a incidência de demência. Tais resultados apontam para a necessidade de mais pesquisas nessa área.

Já na Inglaterra, pesquisadores (WEICH et al., 2014) encontraram associação significativa entre o uso regular de ansiolíticos e hipnóticos e risco de mortalidade aumentada em duas vezes para os usuários. São resultados relevantes e preocupantes, que apontam para a necessidade de mais estudos nessa direção.

Diante de tantas discussões e controvérsias em relação a diferentes aspectos, Woods et al. (1992) sugerem aos médicos que ponderem a relação risco-benefício na prescrição dos BZD, indicando que o caminho mais prudente seria pensar nessa relação conspicuamente e caso a caso. Nesse sentido, Ford e Law (2014) afirmam que é justamente na combinação entre a efetividade dos BZD e os riscos que eles oferecem no uso de longo-termo que se encontra um dos maiores nós na prática clínica com esses agentes. Isso demonstra a complexidade e as dificuldades desse campo.

Em suma, não se objetivou explanar o “estado da arte” do campo de pesquisas médico-científicas dos benzodiazepínicos, o que seria tema para um trabalho por si só. Até mesmo porque, segundo Smith (1991), há uma grande dificuldade em se analisar a produção científica nessa área. Em sua revisão de literatura, foram encontrados problemas metodológicos, principalmente no que concernia aos padrões de uso e prescrição, constatando-se baixa qualidade ou outras dificuldades no material coletado. O autor detectou que isso levava a um problema de representação (ora super, ora sub ou má-representação) da real estrutura do campo, dificultando análises comparativas e conclusivas.

Sendo assim, buscou-se apenas, no momento, apontar para a existência de algumas discussões relevantes na área que estão longe de estarem esgotadas. Lader (2011) observou, em sua revisão de literatura, que desde a entrada dos BZD no mercado até os dias atuais, o campo é marcado por controvérsias. O autor apontou para uma polarização entre os que enfocam sua eficácia, benefícios e a aceitabilidade do paciente, menosprezando riscos, e aqueles que focalizam os riscos e efeitos adversos, engajados em chamar a atenção para o problema no uso dos BZD.

A relevância de ao menos apontar para a existência dessas preocupações e controvérsias deve-se ao fato delas permearem significativamente o ciclo de vida dos BZD, seja de forma direta ou colateral. Contudo, como observado no capítulo anterior, o medicamento tem uma trajetória para além da sua existência química, o que faz com que ele, ao mesmo tempo em que circule pelo campo médico-científico, a ele escape. Cabe, portanto, prosseguir vislumbrando outros aspectos dessa trajetória, na qual poderão ser observadas essas linhas de fuga.

2.1 **Considerações sobre os "tranquilizantes"**

Conforme observado anteriormente, os benzodiazepínicos são especialmente utilizados por suas propriedades sedativo-hipnóticas e ansiolíticas (CHARNEY et al., 2005) e mais popularmente conhecidos como "calmantes". Contudo, essa simples palavra que circula com tanta facilidade no discurso cotidiano para se referir aos ansiolíticos tem uma trajetória antiga, cujos rastros nos levam até as suas origens com a construção dos chamados "tranquilizantes", no decorrer da segunda metade do século passado.

No entanto, a relevância dos "calmantes" está para além da sua existência química e dos efeitos que produz. Tone (2005) chama a atenção, nesse caso, para a apreciação dos ansiolíticos (tanto do meprobamato, na década de 1950, quanto dos BZD nas décadas de 1960, 1970 e 1980) como operadores analíticos por excelência do próprio espectro político e social que possibilitou sua popularização e posterior estigmatização no "tratamento da ansiedade". Nesse sentido, a autora enfatiza que apesar de se estar na era da Psiquiatria Biológica, na qual os estudos em torno dos neurotransmissores e dos substratos biológicos dos transtornos mentais e do comportamento são dominantes, os aspectos econômicos, políticos e

sociais continuam a ser tão relevantes quanto as questões bioquímicas na compreensão da "droga" enquanto fato social e artefato.

Sendo assim, os "tranquilizantes" e "calmantes" são mais do que substâncias químicas para alívio da tensão e da ansiedade, são construtos sócio-históricos que nascem inequivocamente relacionados à construção da própria ideia de ansiedade, de tensão ou de estados que demandam algum tipo de alívio ou relaxamento. Essa relação entre a ansiedade e os "tranquilizantes" parece tão imbricada que Smith (1991) se utiliza da pergunta de Grob (1977 *apud* SMITH, 1991), segundo a qual interroga "[...] se o período da década de 1950 e da década de 1960 criou o estresse/ansiedade, requerendo drogas para tratá-los ou se a disponibilidade dessas drogas é que criaram tais condições[46]" (p.2, tradução nossa).

Esse impasse demonstra que a ansiedade não é uma entidade que existe *per se*, ela é fruto de uma construção histórica, social e cultural, de maneira que a forma como tem sido "[...] descrita, interpretada e tratada tem mudado dramaticamente[47]" (TONE, 2005, p.376, tradução nossa). Sendo assim, de acordo com Smith (1991), definir a ansiedade é tarefa difícil, dada a subjetividade que a envolve. Nesse contexto, surgem perguntas fundamentais na tentativa de estruturação desse campo como, por exemplo: qual o lugar da ansiedade, como avaliá-la, se ela seria intrínseca ao funcionamento humano e necessária em algum grau, que medida determinaria um "transtorno" passível de "tratamento", como medir os efeitos dos ansiolíticos, dentre outras.

O fato é que a maneira como se define a ansiedade é que vai determinar a resposta para todas essas questões. No entanto, a relatividade de sua concepção parece ter dificultado a formulação de um consenso ao longo desse tempo, engendrando embates e conflitos e é nesses pontos de tensão que os ansiolíticos parecem maximizar todo o seu potencial enquanto operadores analíticos.

Smith (1991) assinala que essa indefinição em torno do conceito de ansiedade seria uma das principais responsáveis pela dificuldade nas avaliações, tanto médicas quanto sociais, da função e do lugar dos ansiolíticos. Nessa constatação do autor, também fica patente como essa inconstância remete ao problema mais amplo da demarcação de fronteiras entre o que é médico e o que é social que, conforme visto no capítulo anterior, atravessa toda a problemática em torno das drogas/medicamentos. Contudo, esta pode ser melhor apreciada

[46] O texto em língua estrangeira é: "[…] whether the period of the 1950s and the 1960s created stress/anxiety, thus requiring drugs to treat them, or whether the availability of the drugs created the conditions."

[47] O texto em língua estrangeira é: "[...] described, interpreted, and treated has changed dramatically."

especialmente no contexto dos chamados "tranquilizantes menores" (do qual os ansiolíticos fazem parte), conforme afirma o autor.

Para se explicar os "tranquilizantes menores", são necessárias algumas considerações sobre os "tranquilizantes", de forma geral. Segundo Shorter (2009), o termo "tranquilizante" não foi criado com a "era da ansiedade", na década de 1950, e também não nasceu associado aos psicofármacos. Ele foi usado, para grande público, pela primeira vez, pela companhia farmacêutica Ciba, em 1953, associando o termo ao seu produto anti-hipertensivo Serpasil® (uma reserpina alcaloide de uma planta específica), levando o autor a afirmar que o "tranquilizante" veio antes no bojo da Cardiologia, do que propriamente no da Psiquiatria.

Apenas posteriormente, quando os médicos passaram a divulgar informalmente para seus colegas psiquiatras as capacidades calmantes do medicamento e o laboratório farmacêutico *Riker Labs* ter associado o termo "tranquilizante" direta e exclusivamente para as indicações psiquiátricas de seu medicamento Rauwiloid®[48], que os "tranquilizantes" passaram estritamente para o campo da publicidade dos psicofármacos (SHORTER, 2009).

Observa-se que é justamente nesse período, na década de 1950, que se situa o início da "era da psicofarmacologia moderna" nas sociedades ocidentais, tendo sido o lançamento da clorpromazina, em 1954, o símbolo desse *début*. Isso aponta para a recência do uso dos psicotrópicos como instrumento dentro da terapêutica médica (SMITH, 1991). Para Shorter (2009), é nesse período compreendido entre 1951 e 1959 que teria surgido o grupo dos primeiros psicofármacos revolucionários, o qual denominou como "*first drug set*". Considera que esse "*set*" era composto por drogas altamente eficazes, alegando ser difícil encontrar composições melhores na atualidade, embora ainda assim elas tenham sido retiradas de cena. Smith (1991) assevera que nenhuma outra década se compara à década de 1950 quando se trata da quantidade de entrada de novas químicas na terapêutica médica.

Foi nesse contexto, portanto, que os "tranquilizantes" surgiram e de acordo com Shorter (2009), na década de 1950, a FDA usava esse termo para englobar diversos grupos de medicamentos. Contudo, o autor explica que o núcleo principal dos "tranquilizantes" concentrava-se em torno de três drogas que entraram no mercado em torno de 1955: o meprobamato, a reserpina[49] e a clorpromazina, que eram vistas como:

---

[48] Trata-se de um combo dessa reserpina alcalóide fracionada com anfetamina (SHORTER, 2009).

[49] Shorter (2009) esclarece que a reserpina (derivada da *Rauwolfia serpentine*), sob o nome de Serpasil, foi introduzida no mercado em 1953 para tratar hipertensão. Em 1954, a Riker Labs criou uma mistura de alcaloides da planta Raudwidrine para "elevação do humor" (p.XIV, quadro de classificação das principais classes de drogas). Mitchell e Hadzi-Pavlovic (2014) afirmam que a reserpina começou a ser comercializada

> [...] ancorando um espectro de relaxamento para condições nervosas englobando desde psicose até depressão não-melancólica e ansiedade [...]. Depois, a ciência distinguiria entre antipsicóticos, de um lado, e ansiolíticos e antidepressivos, de outro, três categorias separadas, completamente diferentes[50] (p.45, tradução nossa).

A fragmentação e a categorização posterior da unidade dos "tranquilizantes" em antipsicóticos, ansiolíticos e antidepressivos, relatadas por Shorter (2009), acompanhadas pelas distinções cada vez maiores entre transtornos, contribuiu para a construção do encaixe entre um remédio específico para um transtorno correspondente, compondo os alicerces para o projeto nosológico da Psiquiatria. Contudo, isso faz parte de um contexto mais amplo, que envolve diversos fatores e que caracterizou a luta pela legitimação política e científica da Psiquiatria enquanto disciplina médica, na qual o DSM-III tornou-se um marco (MAYES & HORWITZ, 2005), mas que não será possível aprofundar por ora.

O fato é que a própria nomeação e categorização dos medicamentos e de suas classes modificou-se através do tempo, servindo a propósitos diversos. Smith (1991) considera que o processo de classificação e nomeação dos psicotrópicos era e continua sendo bastante complexo, dado o desconhecimento que havia e ainda existe tanto em relação às drogas psicoativas quanto à etiologia e à própria definição dos transtornos mentais. Essa discussão sobre a denominação se torna relevante, na medida em que nomear uma droga como "tranquilizante", por exemplo, "[...] pode afetar sua prescrição, a avaliação de seus efeitos e o rótulo do paciente[51]" (p.13, tradução nossa).

Nesse *hall* das substâncias iniciais, a clorpromazina e a reserpina foram as primeiras a serem consideradas publicamente como "calmantes", para além da utilização no controle dos transtornos mentais (SMITH, 1991). Ficaram conhecidas como "tranquilizantes maiores", juntamente com as fenotiazinas, sendo que as drogas desse grupo foram posteriormente classificadas como antipsicóticos ou neurolépticos. Em contrapartida, o termo "tranquilizantes

---

como antipsicótico logo após a clorpromazina, mas apenas dois anos depois de se ter isolado seu princípio ativo da *Rauwolfia serpentine,* descobrindo-se ser a reserpina responsável por cerca de 50% de seus efeitos psicoativos.

[50] O texto em língua estrangeira é: "[…] anchoring a spectrum of tranquilization for nervous conditions ranging from psychosis to nonmelancholic depression and anxiety… Later, science would distinguish between antipsychotics on the one hand and anxiolytics and antidepressants on the other, three separate categories, never shall they meet."

[51] O texto em língua estrangeira é: "Calling a drug a tranquilizer may affect its prescription, the evaluation of its effects, and the label of the patient."

menores" passou a ser usado para designar as drogas conhecidas como ansiolíticas, "antineuróticas" ou antiansiedade (SMITH, 1991; TONE, 2007).

Segundo Smith (1991), apesar dos "tranquilizantes menores" serem a classe de medicamentos mais prescrita na história, seu uso foi alvo de grande ambivalência pública. Como já explicitado anteriormente, além da problemática em torno da definição da ansiedade, o autor cita o uso impreciso desses tranquilizantes, decorrente da dificuldade em se definir um diagnóstico médico, e o uso disseminado fora do circuito tradicional de prescrição e distribuição, como fatores cruciais na composição dessa ambivalência.

Como os benzodiazepínicos emergem nesse bojo, não seria possível abordar sua trajetória sem considerar seu nascimento no berço dos "tranquilizantes menores", posto que faz parte de suas origens, servindo de enquadre para melhor compreender seu ciclo. Nesse contexto, um esforço que parece ser útil para caracterizar a configuração desse percurso é a tentativa em delinear um trajeto de diferenciação dos BZD em comparação às demais substâncias desse grupo. Nesse sentido, considerar um pouco da história de, ao menos, algumas outras substâncias que sejam mais representativas, como o meprobamato, por exemplo, pode auxiliar a oferecer uma visão mais ampla das rotas percorridas pelos BZD. Se não é capaz de fornecer uma apreciação completa, o que exigiria uma pesquisa mais profusa e sistemática, pode ao menos colocar os BZD em perspectiva, permitindo apreender alguns ângulos.

O meprobamato foi o primeiro composto a fazer parte dos chamados "tranquilizantes menores", constituindo um marco fundamental na história da psicofarmacologia, na medida em que se transformou na primeira "*wonder drug*" dos psicotrópicos (TONE, 2005). Ele ficou conhecido comercialmente como Miltown® ou Equanil® (SMITH, 2001; TONE, 2005, 2007, 2009; SHORTER, 2009).

Tone (2005) explica que o meprobamato não foi criado a partir de um grande plano da indústria farmacêutica com vistas a garantir uma fatia do mercado de consumo de medicamentos, como muitos dos críticos dos ansiolíticos na década de 1960 insinuavam e como ocorre com frequência nos dias atuais. A história do meprobamato mostra outro contexto, diferente daquele no qual surgiram os benzodiazepínicos. Inicia-se com a descoberta da substância mefenesina e de seus efeitos tranquilizantes, por acidente, quando o médico tchecoslovaco, Dr. Frank Berger, diretor de pesquisa do *Wallace Laboratories*, tentava descobrir um composto capaz de dar fim a bactérias que conseguiam destruir a penicilina. A autora enfatiza que as "descobertas por acidente" são muito comuns na história da medicina,

contrapondo a ideia tão almejada de que tais descobertas seriam fruto de um sofisticado e cuidadoso processo de parceria entre a pesquisa médica e os laboratórios farmacêuticos.

Smith (1991) assinala que foi após a descoberta da mefenesina e de suas propriedades miorrelaxantes que Berger encetou um esforço sistemático para desenvolver uma substância superior a ela. Logo, se não houve, inicialmente, um objetivo específico em criar uma substância tranquilizante, a descoberta da característica miorrelaxante da mefenesina instigou-o a uma pesquisa sistemática nessa direção, levando-o à descoberta do meprobamato. Da descoberta da mefenesina à comercialização do meprobamato, passaram-se onze anos. O autor aponta que Berger se tornou o maior promotor de sua nova droga e da ideia sobre o uso de tranquilizantes.

Contudo, Tone (2007) explica que havia incerteza por parte dos executivos sobre o sucesso do produto e que o contexto econômico farmacêutico nas décadas de 1940 e 1950 era completamente diferente do atual. A indústria farmacêutica ainda não era a mais lucrativa dos Estados-Unidos, muitos laboratórios eram pequenos e mal conseguiam arcar com seus próprios custos de manutenção e produção e não se tinha ideia de como seria a performance dos produtos no mercado.

Além disso, o Congresso americano tinha aprovado uma emenda[52], em 1951, que determinou que o meprobamato só poderia ser vendido sob prescrição e a autora assinala que não havia ainda um mercado existente específico para tranquilizantes de prescrição. Nesse contexto, o laboratório temia que os médicos não fossem se interessar em prescrever um medicamento para uma simples tensão ordinária. Com isso, Tone (2007) pretende demonstrar como, nessa época, os médicos não eram "aliados" das indústrias em projetos lucrativos, como também posteriormente serão acusados pelos críticos dos medicamentos. Eram vistos como agentes independentes que também traziam inseguranças aos executivos em seus negócios e os quais era preciso conquistar.

Outro fator que ela acrescenta como fonte de hesitação para a comercialização do meprobamato refere-se ao modelo psicodinâmico dominante à época na área psiquiátrica. Tal

[52] Trata-se da Emenda Durham-Humpfrey (TONE, 2007). Essa emenda foi feita ao *Federal Food, Drug, and Cosmetic Act (FDC), de 1938*. Esse ato de 1938 dava a incumbência à FDA de fiscalizar a segurança de todos os produtos farmacêuticos comercializados ou que queriam entrar no mercado. Até 1962, o único quesito considerado para aprovação era "segurança" (SHORTER, 2004). A referida emenda ao Ato FDC de 1938 determinou que medicamentos que não oferecessem uso seguro nas "automedicações", ou seja, que pudessem criar tolerância, toxicidade ou perigo potencial, fosse na ingestão ou na forma de uso, só poderiam ser vendidas sob prescrição (orientação médica) e deveriam ter a seguinte indicação no rótulo "Cuidado: a lei federal proibe dispensação sem prescrição". Com isso, criou-se a diferenciação entre medicamentos de "prescrição" e os "*over-the-counter*" ("*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*"). Informações disponíveis na própria emenda em https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-65/pdf/STATUTE-65-Pg648.pdf. Acesso em set 2015.

modelo tornava menos frutífero o campo para o uso de psicotrópicos, uma vez que os conflitos psíquicos inconscientes deixavam de fora a "química cerebral" (TONE, 2007). Esta só se torna protagonista posteriormente com a Psiquiatria Biológica e a teoria dos neurotransmissores, já fora do "*first drug set*", com a entrada dos SSRIs (SHORTER, 2009).

Em suma, Tone (2005,2007) explica que o Miltown® só é lançado no mercado em 1955, cinco anos após a sua descoberta, depois que o laboratório Wyeth ofereceu uma vultosa quantia de dinheiro para também licenciar o meprobamato sob o nome de Equanil®. Foi a Wyeth que lançou o meprobamato no mercado e a Carter só seguiu o rumo aberto por ela. Nesse encalço, o meprobamato tornou-se a primeira droga "*blockbuster*" em psiquiatria, sendo usada para os "[...] 'nervos', no largo espaço entre os antipsicóticos e a aspirina[53]" (SHORTER, 2009, p.43, tradução nossa).

Ainda de acordo com Tone (2005, 2007), esse percurso ascendente do meprobamato só foi possível por ter encontrado um campo propício, composto em meados da década de 1950, por uma série de fatores. Além da grande demanda social da época por remédios para aliviar a tensão e a ansiedade, fatores como mudanças nos valores sociais e aumento das expectativas dos consumidores, bem como a força das indústrias farmacêuticas fizeram parte desse fenômeno de vendas. Some-se a isso, o contexto de sucesso de novas drogas que trouxeram importantes ganhos para a saúde pública como antibióticos, hormônios sintéticos, entre outros, possibilitando a publicação na mídia de diversas imagens otimistas sobre as possibilidades da ciência e dos medicamentos.

A autora acrescenta que, além da mídia enquanto importante ator, convergiram também a visão do público e a euforia dos médicos. O meprobamato chegou a ser nomeado por "pílulas da paz", "pílulas da felicidade" e "aspirina emocional", que possibilitariam maior produtividade e atividade (TONE, 2005, p.377). Cabe ressaltar que denominações iguais ou parecidas vieram a nomear outras substâncias posteriores como o Prozac®, por exemplo (SHORTER, 2009; PIETERS & SNELDERS, 2009). Com tanto entusiasmo, a autora questiona se os tranquilizantes não teriam se transformado na "penicilina da psiquiatria" (p.377).

A classe médica passou a explicitar seu desejo em prescrever o meprobamato, bem como outros tranquilizantes menores, influenciados por fatores como a publicação científica de resultados positivos dessa substância, o sucesso dos tranquilizantes maiores, as campanhas publicitárias farmacêuticas, bem como a própria demanda dos pacientes, que solicitavam o

[53] O texto em língua estrangeira é: "[...] 'nerves' (grifo do autor), in the large space between antipsychotics and aspirin."

medicamento (TONE, 2005, 2007). Contudo, Smith (1991) alerta para o fato do quanto a literatura médica das décadas de 1960 e 1970 fazia grande confusão nas pesquisas e publicações científicas sobre psicotrópicos, muitas vezes juntando os tranquilizantes maiores e os menores em uma única "massa" (p.87). Isso teria contribuído, segundo o autor, para que os médicos também se sentissem confusos quanto a essa relação.

Desde o capítulo anterior, observou-se como os diferentes autores reforçam a importância de se considerar o entrelaçamento dos diversos atores em cena nesses desenvolvimentos. Da mesma maneira, Tone (2007) também assevera que ver o sucesso do Miltown como um processo de mão única (de cima para baixo) é ignorar a presença dos pacientes como agentes ativos nesse processo de negociação e construção dos tranquilizantes menores. Contextualiza que nesse momento de entusiasmo de laboratórios, médicos e pacientes, ainda não havia um clima "antidrogas", não tinha ocorrido o desastre com a talidomida, a ansiedade dominava a população por conta da Guerra Fria e a classe-média buscava avidamente o Miltown. Com todos esses elementos compondo a cena, o tranquilizante emergiu como protagonista e nas palavras de Tone (2007), "na era do Miltown, a gestão médica da ansiedade se tornou a questão central[54]" (p.164, tradução nossa).

Contudo, após atingir o auge, uma das acusações que contribuiu para o declínio de todo esse sucesso foi a pecha da adicção que pesou sobre o meprobamato, movimento que depois veio a se repetir com os outros tranquilizantes, incluindo-se os BZD. Esse processo de rotulação teria se iniciado com os barbitúricos e as anfetaminas, sendo estendido, posteriormente aos tranquilizantes (SHORTER, 2009).

De acordo com Shorter (2009), apesar de evidências científicas em contrário, o meprobamato teria sido injustamente condenado, pela FDA, em uma série de audiências que objetivavam averiguar seus efeitos adversos, em 1966. Smith (1991) afirma que a controvérsia em torno dos tranquilizantes menores, desde a comercialização do meprobamato, girava em torno da grande soma de vendas. As críticas, inclusive em periódicos científicos, segundo o autor, abordavam centralmente a questão da quantidade de pessoas que estava usando tranquilizantes, mas não versavam sobre a forma de uso (se era apropriada ou não), a segurança e a eficácia.

Autores (GABE & BURY, 1988; SMITH, 1991; TONE, 2005, 2007; SHORTER, 2009) apontam que esse tipo de embate em relação aos psicotrópicos, envolvendo agências

[54] O texto em língua estrangeira é: "In the age of Miltown, the medical manegement of anxiety became a mainstream affair."

reguladoras e debates legislativos, entre outros, é movido mais por questões políticas do que propriamente científicas. Considerando-se a questão levantada por Smith (1991) sobre a porosidade das fronteiras entre o que é médico e o que é social, a questão se complexifica ainda mais por se localizar em um ponto de tensão constante.

Nesse contexto, para Shorter (2009), esse conjunto de ações teria sido um dos meios da FDA expandir intensamente seu poder regulatório, sua autoridade e seu prestígio[55], tanto em termos de política interna, quanto sobre a própria indústria farmacêutica. Nesse ínterim, o autor reafirma que, na maior parte dos casos das drogas julgadas e designadas para comporem a lista de "substâncias controladas", mudando seu *status* inicial de "não-controlados", como foi o caso dos barbitúricos, do meprobamato e, depois dos BZD, dentre outros, a maioria tinha evidências científicas de eficácia e segurança, sendo largamente prescritas. Ele relata que não nega a existência dos efeitos adversos, mas afirma haver a magnificação dos riscos e a minimização ou desconsideração dos benefícios terapêuticos nessas análises. Nesse sentido, o desequilíbrio na ponderação estaria na "balança política" das grandes instituições.

Os complexos pormenores de todo esse processo no caso do meprobamato, detalhadamente analisados por Shorter (2009), envolvendo audiências, depoimentos de testemunhas e especialistas contra e a favor, alegações de supostas omissões dos relatórios de tais audiências pela FDA, apelações judiciais dos laboratórios farmacêuticos, dentre outros, não serão descritos aqui, pois não seria possível esgotar esse assunto[56]. Contudo, cabe explicitar a complexidade e os inúmeros fatores que podem estar em jogo nesse processo de definições que dizem respeito ao controle ou não sobre determinados medicamentos.

Todavia, Tone (2007) alerta que, em um primeiro momento, os tranquilizantes não foram percebidos como risco, fosse para o indivíduo ou para a ordem social. Ao contrário, eles teriam permitido o pleno funcionamento de determinada ordem na dinâmica social, possibilitando que trabalhadores recuperassem a produtividade, que "donas-de-casa" não sucumbissem diante de tantas tarefas, dentre outros.

Nesse sentido, Rodrigues (2003) questiona em que medida o uso dos ansiolíticos, por exemplo, sem a devida problematização dos condicionantes da ansiedade, não teria sido (talvez continue sendo) uma maneira de manter a máquina capitalista funcionante, servindo para a manutenção de determinada ordem social. Crítica que os benzodiazepínicos também

[55] Para isso, o autor considera todo o processo de construção da FDA enquanto agência regulatória, até chegar à conformação atual e seus poderes de regulação, que foram se ampliando ao longo do tempo.

[56] Para maiores detalhes ver Shorter (2009).

vão sofrer no bojo de um movimento cultural mais amplo, nas décadas de 1960 e 1970 e que será abordado mais adiante.

Dentre essas críticas, Smith (1991) destaca a profusão dos debates e polarizações em torno da medicalização dos "problemas humanos" ou da "vida diária". Em um polo, estariam os críticos do fato das pessoas estarem buscando os médicos para tratar de suas ansiedades e tensões ordinárias, o que já apontaria para uma medicalização, que seria confirmada pelos médicos ao "tratá-las" e fomentada pela indústria farmacêutica. Em outro polo, estaria um grupo que questiona se não haveria um julgamento moral em torno do uso de tranquilizantes, tentando avaliar quais as razões elencadas para condenar ou estimular o seu uso.

O fato é que essas diversas discussões que foram se multiplicando sobre o uso dos tranquilizantes menores tiveram como gatilho o meprobamato. O Miltown® foi a primeira substância a encarnar o papel transformador dos tranquilizantes em algumas assunções da vida moderna, mas, para além disso, simbolizou uma nova forma social de se relacionar com as pílulas, conforme conclui Tone (2007):

> A popularidade dos tranquilizantes menores fomentou a revolução em como as pessoas viam e usavam os medicamentos de prescrição. Encorajou os americanos a decidirem que está 'OK' ir ao médico em busca de drogas não para curar uma doença, mas para fazê-los se sentirem melhor em viver neste mundo. Possibilitou a revolução das drogas de estilo-de-vida que se seguiu. Executivos farmacêuticos impressionados com o sucesso do meprobamato apostaram que se as pessoas compravam drogas para ansiedade, talvez pudessem comprar pílulas para outros problemas também: depressão, dificuldades de concentração, baixa libido. Prozac. Ritalina. Viagra. Cada um deve alguma coisa ao momento Miltown, quando pessoas ansiosas procuravam por suas bolsas e barganhavam a promessa elusiva de viver melhor por meio de pílulas[57] (TONE, 2007, p.166, tradução nossa).

2.2 **A trajetória dos benzodiazepínicos**

Tendo em vista a conjuntura anteriormente exposta, os primeiros benzodiazepínicos surgem em um contexto distinto daquele do meprobamato. Diferentemente da descoberta

[57] O texto em língua estrangeira é: "The popularity of minor tranquilizers fomented a revolution in how people viewed and used prescription medicines. It encouraged Americans to decide that it was 'okay' to see doctors for drugs not to cure a disease but to make them feel better about living in the world. It made possible the revolution in life estyle drugs that followed. Pharmaceutical executives awestruck by meprobamatoe's success gambled that if people would line up to buy drugs for anxiety, they might buy pills for other problems too: depression, difficulties concentrating, a weak libido. Prozac. Ritalin. Viagra. Each owes something to the Miltown moment, when anxious people reached for their pocketbooks and cashed in on the elusive promise of better living through a pill."

acidental da mefenesina e da sintetização do meprobamato e de sua entrada repleta de incertezas no mercado, os primeiros BZD, Librium® (clordiazepóxido) e Valium® (diazepam) foram resultado de um esforço programado e consciente no intuito de encontrar uma droga capaz de desbancar o Miltown® (TONE, 2007).

O clordiazepóxido, a substância do Librium, foi sintetizado em 1955 pelo químico Leo Sternbach, no laboratório Hoffman-La Roche, sendo lançado em 1960 (LADER, 1991; PIETERS & SNELDERS, 2007; TONE, 2007; GEELS, PIETERS & SNELDERS, 2007). As campanhas da Roche sobre o novo medicamento, direcionadas aos médicos generalistas e especialistas, como uma substância sem os efeitos-colaterais de overdose e dependência, que eram associados aos barbitúricos, unidas ao papel da mídia na divulgação de estórias sobre como esse medicamento era "miraculoso", com efeitos relaxantes e sem causar qualquer dano, tornaram o Librium o novo "*blockbuster*" dos psicotrópicos (PIETERS & SNELDERS, 2007; GEELS et al., 2007). Segundo esses autores, enquanto o Miltown fez maior sucesso em grande parte do mercado anglo-americano, o Librium teve um alcance em escala planetária. Tone (2005) salienta que a procedência da marca "Librium®" advém da palavra "*equilibrium*", já trazendo em seu bojo uma associação carregada de sentido.

Shorter (2009) aponta que o período de ouro dos BZD não havia começado enquanto o auge das drogas do "*first drug set*" não tinha se encerrado. Inclusive, destaca que uma das estratégias do laboratório foi diferenciar os BZD das outras drogas tranquilizantes desse período, conferindo-lhes uma nova e diferente posição enquanto "ansiolíticos". Por conta disso, Tone (2007) ressalta que o foco principal das campanhas publicitárias, nas quais foi investida grande soma de dinheiro, era justamente reforçar a imagem do Librium como um novo agente químico e não como uma mera modificação das substâncias já existentes no mercado (ou seja, a Roche não queria que seu produto fosse visto como uma droga de imitação). Outra estratégia era demarcar seu público-alvo, isto é, enquanto o meprobamato era para ansiedade leve e os antipsicóticos (considerados tranquilizantes maiores) eram para transtornos emocionais mais graves, o Librium seria para um público variado, abrangendo "desde os estados leves de ansiedade até uma ansiedade moderadamente severa" (TONE, 2007, p.167), aumentando seu campo de ação.

Dessa forma, a Roche buscou estrategicamente encaixar seu novo produto nessa lacuna existente entre os antipsicóticos, a reserpina e os antidepressivos, de um lado, e os sedativos e hipnóticos tradicionais, de outro, abrindo campo para o "tratamento em massa de problemas nervosos na era da ansiedade" (GEELS et al., 2007, p. 157). O modo como ela fez

isso foi veiculando uma nova definição de tratamento, na medida em que colocou como eixo central a ideia de "restauração do equilíbrio químico", através da "estabilização do sistema límbico", em suas divulgações realizadas aos profissionais médicos (PIETERS & SNELDERS, 2007). Ademais, diferenciando-se definitivamente dos "tranquilizantes", bem como de substâncias similares ao meprobamato, que havia entrado para a "lista de medicamentos controlados", da FDA, a Roche pretendia não herdar estigmas, a fim de conquistar um novo mercado (SHORTER, 2009).

Com essa nova ideia propagada pela Roche de um aparato químico, ela abriu a possibilidade para a criação de novos perfis terapêuticos dentro de uma mesma classe, possibilitando que a "família dos benzos" fosse aumentando e ganhando cada vez mais espaço (GEELS et. al., 2007, PIETERS & SNELDERS, 2007). Assim, relatam os autores que, dentro desse quadro, apenas três anos depois de ter criado o Librium, a Roche lança o Valium® (diazepam), em 1963, como o ansiolítico mais potente e mais seguro do mercado, superando rapidamente as vendas do Librium e tornando-se o tranquilizante mais vendido nos países ocidentais. Em 1965, lança o Mogadon® (nitrazepam) como "remédio para dormir", sem os efeitos de overdose, coma ou morte que eram causados por excesso de barbitúricos.

O Valium tinha uma inserção extensa e intensa no mercado, principalmente ao ser veiculado como não apresentando potencial para o suicídio, não levando à morte mesmo quando usado em excesso, fato que fez dele uma *commodity* presente nos armários e despensas das casas (TONE, 2007). Tornou-se, portanto, um objeto comum, de uso cotidiano, transformando-se em mais um exemplo de domesticação do medicamento e de farmaceuticalização da vida diária (FOX & WARD, 2008).

Contudo, relatos sobre efeitos adversos começaram a aparecer e, em 1961, é publicado o primeiro artigo, do médico americano Leo Hollister, sobre efeitos adversos dos benzos como tolerância, dependência, síndrome de abstinência, dentre outros. (GEELS et al., 2007; PIETERS & SNELDERS, 2007; TONE 2007). Entre as alegações, havia dados comparativos com os barbitúricos e o meprobamato, passando a ser intensamente discutido entre os psiquiatras e trazendo ainda mais pesquisas que objetivavam averiguar o quesito da dependência (qual seria a relação com tempo, dosagem, etc) (TONE, 2007).

As críticas sobre tais efeitos começaram a se estender também para além do campo físico e psíquico, transbordando para as dimensões cultural e social. Para Tone (2005, 2007), tais transformações foram resultado de uma confluência com mudanças significativas no quadro político-cultural da década de 1970. A autora relata que, ao longo da década de 1960,

alguns fatos já tinham contribuído para esse clima. Dentre eles estariam a já mencionada publicação de Hollister sobre os efeitos adversos dos benzos, às quais se juntaram algumas outras publicações sobre dependência, além de acontecimentos na área da farmacologia geral, como o desastre com a talidomida, em 1961, por exemplo. Tais questões teriam ajudado a provocar uma fissura na confiança que até então sustentava o entusiasmo pela ciência "salvacionista".

Além disso, de acordo com Lowinson et al. (2005), na década de 1960, o surgimento do LSD e o crescimento rápido do uso de maconha despertaram a atenção para a variedade de drogas disponíveis e "passíveis de abuso". Nessa época, segundo os autores, drogas como as anfetaminas e os barbitúricos também teriam tomado as ruas, além de se observar o número de adictos em heroína crescer. Tal contexto teria contribuído para a construção de uma noção do país ameaçado pela "cultura das drogas", a qual muitas pessoas associaram ao movimento jovem da contracultura. Nesse período, Tone (2005) ainda acrescenta os movimentos estudantis, os protestos pelos direitos civis, a indignação contra a Guerra do Vietnã, entre outros.

Nesses movimentos, as drogas também estavam sendo usadas para questionar o contexto social e, por conseguinte, ameaçavam a ordem e a estabilidade sociais (TONE, 2007). Reside nisso, fator referencial para as políticas repressivas que se seguiram nesse período em relação à maior parte das substâncias psicoativas, intensificando o cerco, ao qual a FDA já vinha realizando em relação aos barbitúricos, às anfetaminas e ao meprobamato (SHORTER, 2009).

O "pânico moral em torno das drogas" (TONE, 2007, p.171) se alastrou e a ideia de que as drogas não poderiam fazer parte do "mundo civilizado" intensificou as críticas na direção dos efeitos adversos dos BZD (TONE, 2005). A autora complementa que os psicotrópicos, de maneira geral, começaram a ser tratados com desconfiança e que a mídia teria desempenhado um papel significativo ao transmitir uma imagem sugestiva de um suposto "contágio" sorrateiro da adicção química. "Contágio" esse que, conforme enfatiza a autora, teria invadido o reduto do lar das famílias de classe-média, "viciando" mães, mulheres e donas-de-casa (por meio dos benzos), corrompendo os "valores sagrados" simbolizados por essas mulheres. Houve também reações culturais, como a famosa música dos Rolling Stones, "*Mother's little helpers*", que criticava a adicção da classe-média em tranquilizantes, como modo de alienação social, lançada, em 1966, no aniversário de um ano dos novos BZD

Mogadon® (nitrazepam) e Serax® (oxazepam) (PIETERS & SNELDERS, 2007; GEELS et al., 2007).

De acordo com Tone (2007), em vez das críticas engendrarem discussões políticas sobre as denúncias que estavam sendo realizadas como, por exemplo, questões de gênero, de classe social, de *status quo*, entre outros, o movimento antidrogas insuflou seu caráter bélico e repressivo, levando a um reducionismo da questão que culminou no já conhecido movimento de buscar culpados e puni-los. Dinâmica reforçada pela mídia, que achatou a problemática e simplificou a complexa história do uso e do desenvolvimento das drogas (TONE, 2005).

De maneira geral, a autora afirma que a culpa foi imputada aos médicos e às indústrias farmacêuticas por estarem "tramando planos perversos" de entupir a sociedade de calmantes e afins. Não se trata de não se buscar refletir sobre o papel desses atores nessa dinâmica, muito menos de negá-los, mas sim de evitar contendas reducionistas que simplificam a questão no binômio perversos-vítimas, em uma visão maniqueísta e irreal da questão.

Diante dessa conjuntura, Tone (2007) relata que essa forma de apreciação dos acontecimentos levou a uma série de processos judiciais contra médicos prescritores de benzodiazepínicos e indústrias farmacêuticas, por parte de pacientes ou organizações de consumidores. Eles passaram a ser acusados de prescrição indevida e "promíscua" de BZD, por propagandas persuasivas e excessivas que levariam a um consumo diário e banalizado de tranquilizantes, dentre outros. Contudo, cabe destacar que, segundo a autora, semelhantes acusações só tiveram acolhida entre os americanos, porque, em parte, elas faziam sentido. Havia sim as propagandas enganosas, os médicos que prescreviam desnecessariamente e inadequadamente, mas também havia a mídia que em vez de possibilitar o diálogo e a reflexão, achatava a complexidade em torno do uso e do desenvolvimento das drogas, reforçando o clima repressivo.

O fato é que, com diversos atores em cena, não havia uma unidade no campo. Ele estava repleto de controvérsias, uma vez que, ao mesmo tempo em que parecia haver uma "demonização" desses psicotrópicos (SHORTER, 2009) com uma preocupação crescente, tanto médica quanto pública, de seus efeitos negativos, a demanda por medicamentos para dormir e relaxar continuava a aumentar. A grande soma de psicotrópicos com sua produção crescente e o ideal médico-científico de controlar e aperfeiçoar o equilíbrio químico-cerebral tinha ressonância nas fantasias do grande público, principalmente, no desejo dos consumidores por "pílulas mágicas" capazes de solucionar as tensões e ansiedades da vida cotidiana (GEELS et. al., 2007).

Geels et al. (2007) assinalam que, nas décadas de 1970 e 1980, é lançada a segunda geração dos BZD, tais como o Halcion® (triazolam) e o Dormicum® (midazolam), de curta-duração, supostamente mais seguros e não-adictivos, a fim de diferenciá-los dos BZD da primeira geração que, a essa altura, já estavam com o uso cada vez mais restrito, caindo em desuso. Contudo, eles teriam tido diferentes trajetórias em países distintos, pois, por exemplo, enquanto o Halcion encontrou grande receptividade nos Estados-Unidos, permanecendo no mercado até o início dos anos 1990, na Holanda, ele ficou malvisto, sendo associado a efeitos colaterais tais como alucinações, amnésia, agressões e até homicídios. Em 1981, é lançado o Xanax (alprazolam), um benzo de curta-ação usado para tratar a nova categoria nosológica do "transtorno do pânico" (TONE, 2007, 2009) e, dessa forma, a indústria foi buscando se manter neste mercado.

Contudo, os autores (PIETERS & SNELDERS, 2007; GEELS et al., 2007) complementam que, de maneira geral, no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, ocorre uma nova onda de críticas públicas sobre os BZD, dos diferentes atores como políticos, agências reguladoras, pacientes/consumidores, profissionais de saúde, dentre outros, minando a legitimidade dessa classe medicamentosa.

Diante desse contexto, Gabe e Bury (1988) defendem o argumento de que os tranquilizantes podem ser melhor entendidos se analisados sob a ótica de um "problema social", que parece ser o que os tranquilizantes acabaram se tornando. Nesse sentido, esclarecem que a constituição de algo como um problema social, faz parte de uma construção, na qual determinadas condições devem ocorrer para compor a questão nessa configuração. Explicam que, em geral, para uma droga chegar nesse *status*, duas condições devem ser preenchidas. Primeiro, ela tem que ter sido ostensivamente prescrita. Depois, são divulgadas informações crescentes sobre efeitos adversos que acabam por gerar cada vez mais dúvida sobre a legitimidade da substância enquanto agente terapêutico. Sendo assim, o "alarme" do potencial para a dependência (mesmo que não haja evidências robustas) e o clima de incerteza e insegurança construído em torno disso preparam o terreno para a emergência de determinada droga como "problema social". De acordo com os autores, foi justamente o que ocorreu com os tranquilizantes.

Gabe e Bury (1988) acrescentam que as reivindicações de diferentes grupos como o de médicos, principalmente psiquiatras e pesquisadores, que tentavam se legitimar como autoridades na área científica, bem como os de movimentos sociais que acusavam os tranquilizantes como forma de controle social, dentre outros, ajudaram a fermentar ainda mais

o campo. Segundo os autores, tais grupos reivindicativos imputavam a culpa pelo uso indiscriminado de tranquilizantes aos médicos generalistas.

Nesse sentido cabe considerar que, de acordo com Tone (2007), desde o início da era da psicofarmacologia, o crescimento vertiginoso no uso de psicotrópicos foi encetado por médicos não-psiquiatras. Além disso, acrescenta que com a construção da Psiquiatria Biológica e de seu aparato químico, cujo sucesso as novas drogas ajudaram a promover, teria ocorrido uma desvalorização do treinamento formal dos psiquiatras (já que a questão passou a ser química e biológica), fazendo com que a prescrição desses medicamentos fosse feita, em grande medida, pelos médicos generalistas e pelas demais especialidades médicas. Um padrão que parece ter permanecido (WOODS et al., 1992).

Gabe e Bury (1988) acrescentam que as reivindicações desses grupos são mediadas pelas ações da grande mídia, que com certos mecanismos, acaba legitimando tais questões. Segundo eles, muitas vezes utilizando materiais escassos e estatísticas como "fato concreto", como objeto de "verdade", simplificando em vez de aprofundar, levando à mobilização da opinião pública. Smith (1991) destaca que a mídia desempenhou papel fundamental tanto na popularização dos tranquilizantes quanto na sua posterior estigmatização.

De acordo com Gabe e Bury (1988) tal mobilização negativa que estava em curso só foi possível por também encontrar um campo propício que, no caso dos tranquilizantes, teria sido composto pela conjunção do clima cultural "antidrogas" com a ambivalência dos usuários de tranquilizantes, isto é, das "drogas lícitas". A ambivalência no uso de uma "droga lícita", nesse caso, decorreria do cruzamento da fronteira entre um comportamento aceitável socialmente, visto ser um tratamento, com a culpabilidade moral por não conseguir lidar com os próprios problemas sem a ajuda do remédio.

Em relação a esse tipo de julgamento moral, Smith (1991) destaca a relevante contribuição do psiquiatra norte-americano Gerald Klerman (1928-1992) ao cunhar o termo "calvinismo farmacológico", no final da década de 1960, com vistas a analisar "[...] as atitudes sociais em direção ao uso de drogas[58]" (p.140, tradução nossa). Smith (1991) explica que Klerman criou esse conceito justamente nesse período, já analisado anteriormente, no qual a resistência ao uso de drogas teria surgido como uma reação de sua "invasão nociva" nas camadas médias brancas. Para o autor, essa reação teria sido intensificada pela forte influência de uma ética protestante.

[58] O texto em língua estrangeira é: "[...] social attitudes toward drug use."

Nesse sentido, é possível compreender a culpabilidade moral, citada por Gabe e Bury (1988) como fruto dessa ética, de acordo com a qual o usuário pode perceber-se como "fraco" ao usar um tranquilizante, bem como pode haver alguma "condenação" por parte de terceiros pelo seu uso. Nesse contexto, os autores (GABE & BURY, 1988; SMITH, 1991) pretendem chamar a atenção em suas análises para a existência de uma possível abordagem moralizante como mais um componente a ser pensado nesse contexto complexo que abarca os tranquilizantes e os BZD.

Em suma, de acordo com Gabe e Bury (1988) tais percursos, englobando o recrudescimento das críticas em relação aos efeitos adversos dos BZD, a abordagem negativa e superficial da mídia, o clima "antidrogas" e a culpabilidade moral, dentre outros, teriam contribuído para construir a ideia do tranquilizante como problema social, colocando-o na pauta da agenda pública e política.

Portanto, uma vez em foco na arena política, diversos movimentos no sentido de conter e/ou reprimir a "ameaça das drogas" estavam sendo realizados. Segundo Shorter (2009), depois de 1965, com a aprovação do *Drug Abuse Control Act* (DACA)[59], a FDA teria iniciado uma campanha contra os BZD, alegando um potencial para adicção, que teria repercutido por décadas sobre a opinião pública em relação a essa classe de medicamentos, compondo todo o imaginário do "perigo". De fato, o autor afirma que em altas doses isso é possível, embora o seja também nas demais classes psicotrópicas. Cabe destacar também que nesse debate, em âmbito público, os grupos não faziam nenhuma distinção entre abuso, vício, dependência e adicção. Gabe e Bury (1988) observaram que esses termos costumavam ser usados de forma intercambiável tanto pelo senso comum quanto pela mídia, com exceção dos médicos que os utilizavam de forma mais diferenciada (GABE & BURY, 1988)

Shorter (2009) apontou uma espécie de repetição nesse percurso dos BZD se comparado aos demais psicotrópicos, pois o modelo usado pelo DACA para julgar o Librium e o Valium foi exatamente o mesmo utilizado nos processos dos barbitúricos, das anfetaminas e do meprobamato. Isso significa que esses BZD seriam analisados, com base em três critérios principais: potencial para abuso e suicídio, uso ilícito nas ruas e poder adictivo. Esse autor, calcado em artigos médicos, enfatiza que o potencial para dependência em longo-prazo com

[59]Esse ato dava autoridade para a Secretaria de Saúde, Educação e Bem-estar, a qual estava subordinado o Ato FDC, de 1938 (que foi o que veio a se tornar a FDA, posteriormente), para decidir quais substâncias "estimulantes, depressoras ou alucinógenas" deveriam ser controladas. Assim, a circulação e a comercialização de tais substâncias ficariam sujeitas à regulação, precisando de permissão/licença para tal. É possível observar no ato, a menção a substâncias à base de barbitúricos, de anfetaminas, de cannabis, entre outros. Lei disponível em https://www.erowid.org/psychoactives/law/law_fed_daca1.pdf Acesso em set 2015.

altas doses é real, mas não o seu poder adictivo no modelo de algumas drogas ilícitas (como a heroína, por exemplo) nem a sua presença nas ruas, que seria ínfima à época. No início do capítulo, autores (Busto et al., 1986) também fizeram essa distinção. Contudo, a controvérsia continua dominando essa discussão (LADER, 1991, 2001).

Houve também uma série de audiências, em 1966, para decidir se esses BZD entrariam ou não na lista de medicamentos com "potencial para abuso" e, por conseguinte, para a lista de "controlados". O autor destaca que o ritual se repetiu com testemunhas contra e a favor, supostas omissões em relatórios, apelações judiciais, entre outros, em um percurso deveras complexo e parecido, em algum grau, com os dos outros psicotrópicos que entraram para a lista de substâncias controladas. Ressalta-se que Shorter (2009), detalhadamente, descreve a grande dificuldade da FDA em encontrar profissionais e especialistas que atestassem o grau de riscos que ela alegava que os BZD ofereciam.

Além disso, ele demonstra que houve uma importante mudança nos órgãos de decisão no período, pois o Escritório para Controle de Abuso de Drogas, da FDA, que estava cuidando da questão, foi transferido para o Departamento de Justiça, se transformando no Escritório de Narcóticos e Drogas Perigosas, que o autor denominou como "polícia da adicção". Sendo assim, o Departamento de Saúde, Educação e Bem-estar, a qual a FDA é subordinada, bem como o era o tal escritório, ficou apenas com a função de fornecer evidências científicas ao novo departamento de narcóticos. Diante disso, em 1971, os BZD teriam sido imediatamente listados como drogas controladas.

Nesse momento, segundo Shorter (2009) "eram os policiais, não mais os médicos do governo, que estavam tomando decisões sobre psicofarmacologia" (p.110). Completa que a Roche recorreu da decisão e, no processo, surgiram novos escândalos em torno de documentos (que a FDA supostamente não teria apresentado à época das audiências um apêndice com informações favoráveis aos BZD, etc). De maneira geral, enquanto ocorriam idas e vindas nos processos (ordens, contraordens, liminares), em 1970, foi aprovado o Ato de Substâncias Controladas[60], determinando uma classificação das substâncias por grau de periculosidade (SMITH, 1991; TONE, 2007; SHORTER, 2009). Em 1975, o Departamento de Justiça determinou que Librium e Valium fossem listados como substâncias controladas no

[60] Esse ato pretendia regular tudo o que dizia respeito à prevenção, abuso e dependência de drogas, bem como questões referentes a tratamento e reabilitação, com vistas a fortalecer a lei e a autoridade nesse campo. Nesse ato, eles instituíram um esquema de classificação de grau de periculosidade das drogas e potencial para abuso e/ou dependência em 5 níveis, sendo o "I" o mais perigoso e o "V" o menos. Também definiram os critérios para avaliação. Informações disponíveis no próprio documento em https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-84/pdf/STATUTE-84-Pg1236.pdf . Acesso em out 2015.

grau IV (que significa baixo risco de abuso) (SHORTER, 2009), juntamente com outros tranquilizantes e estimulantes de prescrição, lançando ainda um *guideline*, versando sobre medidas de controle e restrição sobre o uso de tranquilizantes (TONE, 2007). Medida que foi seguida também por outros países, como o Canadá, por exemplo, ratificada por organismos internacionais como a OMS (GEELS et al., 2007).

Por fim, para completar o cenário em tela, com o surgimento promissor (diante do entusiasmo público) dos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (SSRI's), no protagonismo do Prozac, na década de 1990, para o novo badalado transtorno depressivo, os BZD são expulsos simbolicamente de cena (TONE, 2007; SHORTER, 2009, PIETERS & SNELDERS, 2007). No entanto, apesar do ostracismo na época e um declínio inicial no mercado, posteriormente, o consumo voltou a crescer (GEELS et. al., 2007).

Shorter (2009) opina que os SSRI's que entraram no mercado teriam efeitos terapêuticos significativamente menores (e, em alguns casos, até inócuos) se comparados aos potentes efeitos dos BZD. Ele chega a afirmar que esta talvez seja a melhor classe de medicamentos que já tenha aparecido, por conta da relação que ela apresenta entre potencial terapêutico-efeitos adversos. Contudo, como já visto em tópico anterior, as opiniões sobre essa relação risco-benefício apresentam-se polarizadas e parecem estar longe de um consenso (LADER, 2001). Sendo assim, fica exposto um complexo cenário, no qual o caminho trilhado pelos psicotrópicos é atravessado por múltiplas linhas de força, que extrapolam indubitavelmente o eixo da ciência médica.

2.2.1 O ciclo de carreira dos benzodiazepínicos

Os percursos acima observados apresentam pontos de semelhanças e de diferenças na trajetória das diferentes substâncias. Abordar tais trajetórias possibilita a compreensão de que o fenômeno do uso não é inédito nem exclusivo aos BZD, conforme exemplificado mais diretamente com a história do meprobamato, como não o são também as intensas discussões e controvérsias que envolvem o sucesso e o declínio dessas substâncias. Shorter (2009) já havia mencionado algum grau de repetição no processo de "condenação" e controle que foi instituído sobre os benzos, os barbitúricos, as anfetaminas, entre outros.

Nesse contexto, o caminho percorrido pelas drogas psicotrópicas é estudado por um grupo de pesquisadores holandeses (SNELDERS, KAPLAN & PIETERS, 2006; PIETERS & SNELDERS, 2007; GEELS et al., 2007) como compondo um "ciclo de carreira" próprio às substâncias psicoativas, no contexto da medicina moderna. Essa carreira,

> [...] apesar de todas as diferenças, tem três características em comum. Primeiro, essas carreiras não seguem rotas lineares, mas cursam em ciclos. Segundo, elas são produto de interações complexas entre ciência, medicina, indústria e esfera pública (incluindo o uso de drogas nas subculturas). Terceiro, elas estão intimamente entrelaçadas com as carreiras de outras drogas, e devem ser estudadas em uma perspectiva comparativa[61] (SNELDERS et al., 2006, p.96, tradução nossa).

Os autores explicam que não se trata de uma lei universal, mas sim de um instrumento analítico, uma abstração conceitual com vistas a permitir uma análise comparativa entre as trajetórias dos diversos psicotrópicos, facilitando a observação das semelhanças e das diferenças. De acordo com Snelders et al. (2006) o psiquiatra alemão Max Seige, foi o primeiro pesquisador a identificar e a discutir essa ideia de um "processo dinâmico cíclico da carreira dos psicotrópicos", em 1912, a partir da observação da profusão de inúmeros sedativos e hipnóticos que apareceram no mercado farmacêutico desde 1900. Em homenagem ao descobridor dessa dinâmica, os autores denominaram esse ciclo de carreira dos psicotrópicos de "ciclo Seige[62]".

O "ciclo Seige" é composto por três fases que não são necessariamente lineares nem sequenciais, uma vez que podem se sobrepor ou coexistir. A primeira fase seria caracterizada pela expansão do uso do medicamento, estimulada por altas expectativas e pelo entusiasmo dos diferentes atores. A segunda fase adviria da decepção em torno das expectativas não cumpridas, culminando em críticas crescentes ao medicamento (efeitos colaterais, etc). Por fim, na terceira fase, a droga entraria em um processo de contração, tendo seu uso cada vez mais limitado. Nesta fase, o medicamento pode tanto desaparecer do mercado, sendo substituído por novas drogas "promissoras", quanto reaparecer em outro momento e iniciar nova carreira, principalmente, se é lançado para algum novo transtorno (SNELDERS et al., 2006; PIETERS & SNELDERS, 2007).

---

[61] O texto em língua estrangeira é: "[…] despite all the differences, have three characteristics in common. First, these careers don`t follow linear paths, but run in cycles. Second, they are the product of complex interactions between science, medicine, industry, and the public sphere (including drug-using subcultures). Third, they are closely intertwined with the careers of others drugs, and should be studied in a comparative perspective."

[62] "Seige cycle"

De acordo com os autores, os psicotrópicos atingiram alta popularidade e têm sido demandados de forma crescente desde o século XIX, seja através de medicamentos de prescrição, de drogas recreativas, da necessidade por patentes por parte dos laboratórios ou como medicamentos naturais. Todas essas categorias, segundo esses autores, compartilham aquelas três características comuns às carreiras das substâncias psicoativas e também competem entre si. Logo, as análises devem sempre considerar esse amplo contexto, no qual diversas substâncias estão presentes e vivem se transformando, bem como modificando as dinâmicas das quais participam. A popularidade dos psicotrópicos modernos deve-se também a uma crescente abordagem da mídia sobre o assunto, associada à ação cada vez mais incisiva das indústrias farmacêuticas, forjando um contexto no qual "essas substâncias se tornaram pontos focais de mediação cultural e imaginação na esfera pública" (PIETERS & SNELDERS, 2007, p.94).

Dentre as diferentes comparações de carreiras de psicotrópicos realizadas pelos autores, cabe discutir algumas observações amealhadas por eles nos estudos comparativos dos ciclos dos barbitúricos e dos benzodiazepínicos (PIETERS & SNELDERS, 2007; GEELS et al., 2007). Eles explicam que a escolha para comparar essas duas classes de substâncias se deve ao fato de ambas serem psicotrópicos do século XX, conhecidas como sedativos ou hipnóticos, posteriormente como "tranquilizantes menores" e, por fim, utilizados em grande medida como automedicação (incluindo usos médico e não-médico, considerando as discussões sobre a complexidade de tal tentativa de definição). Para as análises, utilizaram fontes de cinco países que consideram ter uma cultura medicamentosa similar: Inglaterra, Canadá, Alemanha, Holanda e Estados-Unidos.

Como a trajetória dos BZD já foi, de alguma maneira, delineada no tópico anterior, retomaremos alguns pontos de forma sucinta e livre a fim de situar a leitura que os autores fizeram desse percurso dentro do conceito do "ciclo Seige".

Os autores (PIETERS & SNELDERS, 2007; GEELS et al., 2007) observaram que, de fato, grandes expectativas e entusiasmo introduziram os BZD na primeira fase do ciclo. Vimos no tópico anterior que o Librium e o Valium (primeira geração de BZD) entraram no mercado a partir de uma estratégia consciente da Roche em desbancar o Miltown, com significativa participação da mídia veiculando seus efeitos "milagrosos" e ausente de danos (em comparação, principalmente, aos barbitúricos). Junto a isso, havia as propagandas do laboratório sobre sua nova química, sua classe diferenciada, seu foco ansiolítico e seu tratamento inovador do "balanceamento químico do sistema límbico", frente aos médicos.

Englobando ainda uma faixa maior do público-alvo (abrangendo desde ansiedade leve a moderadamente severa), com tantas promessas, tornou-se um fenômeno não só de vendas, mas também social e cultural, especialmente o Valium. Encontrou grande entusiasmo e expectativa por parte dos médicos e do grande público. Passou a circular como personagem no cotidiano das pessoas, "morando" em suas casas, "frequentando" seus trabalhos e festas, sendo compartilhado entre familiares e amigos[63], entre outros.

Contudo, rapidamente, começaram a surgir os primeiros relatos e artigos sobre possíveis efeitos adversos, lembrando que já em 1961, Hollister publica o primeiro artigo sobre o assunto. Os autores indicam que os BZD entraram muito rápido na segunda fase do "ciclo Seige", com o início das críticas e as decepções diante das expectativas fantasiosas não cumpridas, mas assinalam que a primeira e a segunda fase coexistiram por longo tempo (demonstrando que as fases não são lineares). Assim, ao mesmo tempo em que as críticas iam se avolumando e partindo de diferentes atores, a demanda por novos medicamentos continuava a crescer.

A entrada no segundo ciclo, de acordo com os autores, indicava uma possível transição naquele contexto. Logo, fatores como: o aumento das publicações científicas e da mídia sobre os efeitos adversos; as transformações sociais mais amplas, encetadas pelos movimentos de contracultura; a crescente reação ao uso de drogas ilícitas que se alastrou para todos os psicotrópicos posteriormente; e ainda a busca por novas e melhores drogas, caracterizou um campo regido por inúmeras controvérsias (que marcam bem essa coexistência de fases). Com a grande visibilidade que o debate público tomou e as políticas repressivas das agências reguladoras ganhando força, os BZD da primeira geração adentraram a terceira fase do ciclo, sofrendo duras críticas e declinando no mercado. Contudo, como a demanda por novos medicamentos não diminuiu, as indústrias responderam a elas lançando a segunda geração dos BZD, nas décadas de 1970 e 1980.

Portanto, explicam os autores que quando os primeiros benzos entraram na terceira fase, os novos iniciaram seu ciclo, com a promessa de serem melhores e mais seguros. No entanto, a trajetória deles também foi caracterizada pela coexistência entre a primeira e a

[63] Tone (2007) explicitou que esse compartilhamento das pílulas amarelas, características do Valium, entre conhecidos, amigos e familiares era muito comum inicialmente, contrastando, posteriormente, com as duras penas imputadas, após entrar para a listagem de controlados. Cita o caso, ocorrido em 1979, em Illinois (EUA), de um rapaz que deixou cair uma caixinha com algumas poucas pílulas amarelas em frente a um policial, acidentalmente, e o mesmo interpelou-o. Ao confessar ao oficial que as havia adquirido de uma colega de quarto, as pílulas foram mandadas para análise forense e confirmadas como diazepam. O rapaz foi julgado e condenado a quatro anos de prisão. A autora reforça que se fosse quinze anos antes, o policial, provavelmente, o deixaria ir ou talvez até também compartilhasse o uso, o que relata ter sido realmente comum.

segunda fase, isto é, por entusiasmo e controvérsias crescendo com as discussões sobre efeitos colaterais. Além dessas diferenças entre as gerações, os autores também alertam para o fato de haver diferenças entre os ciclos das mesmas substâncias em diferentes países, por exemplo, como já explicitado no tópico anterior sobre a diferença de inserção social do Halcion nos Estados-Unidos e na Holanda.

As críticas sobre os potenciais riscos de abuso e dependência continuaram a recrudescer, tendo ampla participação da mídia, com restrições crescentes por parte das agências regulatórias (conforme demonstrado por Shorter (2009), nos EUA) e a qual Pieters e Snelders (2007) relatam também ter ocorrido em outros países. Os autores acrescentam que começou a ocorrer também a quebra de patentes desses medicamentos, com declínio comercial, ameaçados ainda pelas novas drogas que entrariam em cena como novas "*wonder drugs*", como o Prozac. Por fim, nesse cenário, os BZD entram na terceira fase do ciclo, não só pelo declínio comercial ou pelas críticas sociais e culturais, mas também "por não mais serem o foco da intensa atividade simbólica" (PIETERS & SNELDERS, 2007).

Os autores encontraram muitas semelhanças entre o ciclo dos BZD e o dos barbitúricos, que ocorreu anteriormente ao dos benzos. Com o intuito de facilitar a compreensão de algumas das semelhanças e diferenças, que situarão com mais clareza a posição assumida pelos benzos, serão realizadas a seguir algumas breves considerações acerca da história dos barbitúricos (conforme contada por esses autores).

Em linhas gerais, o primeiro barbitúrico foi lançado no mercado também como hipnótico e sedativo, em 1903, sob o nome de Veronal® (barbital), deixando diversos médicos entusiasmados com seus efeitos sedativos e amplas possibilidades de aplicação: insônia, epilepsia, alcoolismo, neurastenia, etc. Nasceu em um contexto de crescimento de patentes de medicamentos e de fortalecimento da indústria farmacêutica. Como estratégia de propaganda, a fabricante Merck-Bayer também buscou criar uma imagem científica de seu produto como fruto da pesquisa médica, tornando-o confiável aos médicos e ao público, mesma estratégia da Roche com os benzos. Transformou-se também em uma droga de sucesso, disparando suas vendas, mesmo sendo mais caro do que os outros hipnóticos do mercado, tornando-se o sedativo mais popular da primeira metade do século XX (PIETERS & SNELDERS, 2007; GEELS et al., 2007).

Os autores associam seu sucesso de vendas, mesmo sendo mais dispendioso, à imagem científica veiculada, ao aumento do poder aquisitivo da classe-média e à expansão das seguradoras de saúde, aliadas às críticas e restrições crescentes aos opioides. Logo, o declínio

dos opióides abriu espaço para o estabelecimento dos barbitúricos e a forma como foi recebido, conforme descrito pelos autores, com euforia e entusiasmo, caracteriza sua entrada na primeira fase do "ciclo Seige". Eles enfatizam que esse clima de grandes expectativas e esperanças não provinha somente dos interesses comerciais ou profissionais, mas pela busca incessante da sociedade pelas "*wonder drugs*", que caracterizam a cultura da medicina moderna. Nesse sentido, afirmam que:

> Isso é parte de um mecanismo compensatório para auxiliar os consumidores a superar a lacuna escancarada entre as promessas e expectativas de medicina científica e a experiência diária da doença incurável e dos remédios falhos. Servindo como símbolos culturais, drogas como o barbital desempenharam um importante papel na relação entre a evidência científica e a fé pública exaltada no potencial curativo da medicina[64] (PIETERS & SNELDERS, 2007, p.97, tradução nossa).

Os referidos autores indicam que os barbitúricos também entraram rapidamente na segunda fase, com relatos de efeitos colaterais comparáveis aos da morfina, sujeito a dependência física, convulsões, tonturas, reações alérgicas, potencial adictivo, suicídio por intoxicação, entre outros. Contudo, como ocorreria depois com os benzos, a primeira e a segunda fase coexistiram por longo tempo. As críticas mais intensas, que ganharam grande visibilidade por meio da divulgação midiática, só ocorreram a partir de 1920, reportando mortes, tanto acidentais quanto intencionais, principalmente na classe-média, também como veio a ocorrer com a abordagem midiática dos perigos dos BZD nos redutos de classe-média. Até então, as críticas só estavam sendo discutidas no meio médico. Essas reportagens foram reforçadas por abordagens sensacionalistas envolvendo celebridades e o uso perigoso dos barbitúricos. Toda essa mobilização teria colocado a substância na pauta de discussões políticas e legislativas (GEELS et al., 2007; PIETERS & SNELDERS, 2007).

Seguiu-se, portanto, uma série de medidas restritivas e os barbitúricos tornaram-se, por exemplo, medicamentos de prescrição na Inglaterra e na Alemanha, fazendo com que surgisse nesse momento, de acordo com os autores, um novo mercado de massa de medicamentos de prescrição.

Conforme o movimento observado no ciclo dos BZD, com os barbitúricos, embora as restrições estivessem se intensificando, as demandas por medicamentos para dormir também continuavam a crescer. Com isso, enquanto o Veronal entrava em franco declínio,

[64] O texto em língua estrangeira é: "This is part of a compensatory mechanism to help consumers cope with the yawning gap between the promises and expectations of scientific medicine and the everyday experiences of incurable disease and failing remedies. In serving as cultural symbols, drugs such as barbital played an important role in the relationship between scientific evidence and exalted public faith in the healing potencial of medicine."

caracterizando sua passagem para a terceira fase do ciclo, laboratórios nos EUA, Alemanha e Inglaterra, lançavam, nas décadas de 1920 e 1930, a segunda geração dos barbitúricos. Entre eles estavam o Penthotal® (sodium) e o Phanodorm® (cyclobarbital), dentre outros, com a promessa de serem mais seguros, potentes e diferentes dos anteriores, e de curta-duração. Essa nova geração também logo começou a sofrer críticas, caracterizando igualmente a coexistência das duas primeiras fases, com discussões e controvérsias entre avaliações negativas e positivas. As prescrições e o consumo cresceram rapidamente. Porém, também começou a haver um aumento intenso do uso de barbitúricos no mercado ilícito, principalmente por jovens, levando a FDA a colocá-los na lista das drogas de prescrição perigosas (GEELS et al., 2007; PIETERS & SNELDERS, 2007).

Contudo, a Segunda Guerra Mundial fez com que a procura pelos barbitúricos aumentasse (inclusive, a de anfetaminas), tanto pelos veteranos de guerra quanto pela própria população, em geral, o que não diminuiu com o pós-guerra. As comparações com o ópio começaram a aparecer, lembrando que os barbitúricos também entraram no "ciclo Seige" ao se diferenciarem dos opioides. No entanto, os autores assinalam que as críticas continuaram restritas a pequenos grupos, na década de 1950.

Contudo, conforme salientam os autores, o surgimento concomitante de outros fatores foi dando maior amplitude à questão. Começou-se a observar o uso dos barbitúricos em associação com outras substâncias como anfetaminas, principalmente pelas subculturas jovens da classe-média, associado aos relatos de efeitos colaterais como acidentes, overdose e adicção. Nesse ínterim, apareceu novamente a questão do uso problemático pelas celebridades. A mídia ofereceu ampla cobertura a todos esses fatores, o que contribuiu para o recrudescimento das críticas e para medidas restritivas dos governos e agências reguladoras, na década de 1960 (GEELS et al., 2007; PIETERS & SNELDERS, 2007).

No entanto, os autores ressaltam que o controle mais estrito foi realizado apenas nos Estados Unidos, não atingindo todos os países, mas sua imagem como "perigoso" parece ter se concretizado. Por fim, os barbitúricos se consolidam na terceira fase do ciclo quando aparece a nova classe dos tranquilizantes no mercado, que causa entusiasmo nos diferentes atores, engendrando a sua substituição gradual (GEELS et al., 2007; PIETERS & SNELDERS, 2007).

Contudo, os autores pontuam que os barbitúricos remanesceram para usos mais específicos como anestésico, tratamento para epilepsia, medicina forense, dentre outros, ou também nos usos ilícitos nas ruas, intensificando a discussão da FDA sobre abuso de

psicotrópicos e adicção, na década de 1960. No entanto, conforme ocorreria posteriormente com os benzodiazepínicos, os barbitúricos também saíram do protagonismo da cena.

Tendo em vista as carreiras das duas classes psicotrópicas descritas e analisadas pelos autores (GEELS et al., 2007; PIETERS & SNELDERS, 2007) eles concluíram que mesmo que tenha sido possível observar a existência dos ciclos, não é tão simples conseguir distinguir as diferentes fases, na medida em que, em muitos casos, elas coexistem em meio a tensões. Em ambos os casos, percebeu-se a coexistência do primeiro e do segundo estágios dentro de uma mesma classe. No entanto, os autores destacam que é necessário considerar as possíveis diferenças nos ciclos de uma mesma classe de drogas em diferentes contextos culturais, bem como observar que a convivência de diferentes psicotrópicos em um mesmo campo é capaz de afetar os ciclos de cada um, de forma imprevisível. Dessa maneira, os autores ressaltam que o modo como esse ciclo vai funcionar (duração, grau de intensidade, dentre outros) estará sempre subordinado ao contexto cultural mais amplo, ao tempo histórico que o delimita e às intrincadas interações dos atores em cena.

Foi possível perceber pontos de convergência ao longo dos ciclos dos barbitúricos e dos benzodiazepínicos como, por exemplo, o fato de surgirem como drogas mais seguras, potentes e promissoras substituindo outras que entraram em declínio. Declínio esse, geralmente, caracterizado por imagens negativas e reações que, quando tomam vulto e são amplificadas pela mídia, acabam levando a embates no campo político e entrando em confronto com as agências reguladoras. Assim, foi com o ópio, na entrada dos barbitúricos e com estes na chegada dos tranquilizantes. A segurança dos BZD foi em grande medida contraposta aos riscos dos barbitúricos, até eles também se tornarem perigosos como os barbitúricos e seguirem o mesmo caminho rumo à lista de controlados. Nesse sentido, os autores asseveram que a substituição de um psicotrópico por outro não tem a ver com melhorias científicas, mas sim com modismos. Ideia que nos faz ratificar a existência do medicamento como *commodity*, embora o psicotrópico assuma muitos outros papéis, conforme circule por diferentes rotas, forjando trajetos múltiplos.

Uma distinção fundamental realizada pelos autores na comparação desses ciclos, diz respeito ao próprio contexto sócio-histórico. Eles explicam que, apesar de ambas as classes terem sido forjadas no seio da medicina moderna, o crescente questionamento das autoridades médica e política, ocorridas nas décadas de 1960 e 1970 afetaram a carreira dos BZD de uma forma muito específica. Dentro desse bojo, as críticas sofridas pelos benzos teriam sido muito mais intensas, por estarem entrelaçadas ao próprio questionamento mais geral direcionado ao

conceito e à pratica da saúde mental como um todo, à própria ideia de progresso científico e aos impactos da tecnologia (GEELS, et al., 2007). Na visão desses autores, é como se os BZD, especificamente, tivessem encarnado todo o simbolismo das questões sociais que estavam fervilhando naquele momento, sendo atravessados intensamente por todos os atores (laboratórios farmacêuticos, médicos, pacientes, consumidores, agências reguladoras, etc) (GEELS et al., 2007; PIETERS & SNELDERS, 2007).

Assim, enquanto os barbitúricos sobressaíram em um momento, no qual a ciência desfrutava de significativa credibilidade e os médicos buscavam reconhecimento social junto a essa ciência, o *backlash* dos BZD estava incrustado no crescente questionamento das autoridades médica e política que, de acordo com os autores, continuou a ocorrer mesmo após os BZD terem entrado no terceiro estágio. Neste momento, o movimento passa a ser liderado, principalmente, por grupos organizados de consumidores contra as indústrias farmacêuticas e os médicos prescritores de BZD (TONE, 2007; PIETERS & SNELDERS, 2007; GEELS et al., 2007).

Curiosamente, mesmo com todas essas reações contrárias, as demandas por esse tipo de medicamento continuaram a crescer ao longo do século XX, podendo indicar que, apesar do alarme relativo aos efeitos colaterais desses psicotrópicos, a necessidade de se encontrar uma solução para a ansiedade, a tensão e o mal-estar do dia-a-dia pela via do medicamento parece ser determinante nessa dinâmica (GEELS et al., 2007).

Por fim, dentre todas as semelhanças e diferenças observadas pelos autores entre as trajetórias dos BZD e dos barbitúricos, uma continuidade fundamental destacada é a do "[...] prolongamento da controvérsia acerca da definição médico e não-médico, uso ou abuso de drogas[65]" (PIETERS & SNELDERS, 2007, p.104, tradução nossa).

Essa definição inatingível, uma vez que denota em sua tentativa de delimitação algo que sempre escapa a essa captura, talvez seja o maior eixo norteador que atravessa todas as discussões em pauta em torno do uso e das práticas de gestão dos medicamentos. Ela esteve presente, de alguma forma, em todos os construtos abordados até o momento, seja para discutir o enquadre maior da medicalização, da farmaceuticalização, das drogas de estilo-de-vida, do *enhancement*, seja para analisar a trajetória dos psicofármacos e especificamente dos BZD.

A forma como as pessoas, usuárias ou não dessas substâncias, os governos, as agências reguladoras, os profissionais de saúde e os laboratórios farmacêuticos lidam com o

[65] O texto em língua estrangeira é: "[…] a lingering controversy over defining medical and non-medical drug use or abuse."

psicofármaco estrutura-se fundamentalmente nessa questão, que se desdobra em diversas facetas: remédio x droga, tratamento x *enhancement*, adicção x recreação, "mal-estar"/"nervoso" x transtorno/doença, entre outros. É a maneira como essa dinâmica é apreendida e interpretada que irá nortear as ações encetadas pelos diferentes atores, de forma que a multiplicidade de sentidos e as agências em inter-relação apontam muito mais para um campo imprevisível e repleto de tensões do que de certezas e definições.

2.3 **O Rivotril® para além da química: um fenômeno social**

Tendo em vista a complexidade do contexto exposto, faltam respostas e sobram indagações. Nesse sentido, buscar reflexões sobre o fenômeno do Rivotril® na atualidade é tentar rastrear por quais rotas esse psicotrópico tem circulado, de que tipos de agências tem feito parte, que sentidos tem encarnado e que lugares tem assumido nas práticas sociais.

O Rivotril® é a marca comercial da Hoffman-La Roche para o clonazepam, lançado na França em 1973, e nos Estados-Unidos, em 1975, com o nome Klonopin® (SHORTER, 2009). Não foram encontradas publicações científicas sobre o ciclo de vida ou a história específica da substância clonazepam, o que chama a atenção dado o seu sucesso de vendas.

Inicialmente, cabe apresentar alguns dados epidemiológicos sobre o clonazepam, em contexto nacional, a fim de auxiliar a situar o fenômeno em questão. O clonazepam encontra-se vinculado à portaria SVS/MS[66] Nº 344, de 12 de maio de 1998[67], que regula as substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, dentre eles, os psicotrópicos.

De acordo com o mapa farmacoepidemiológico[68] da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), cobrindo o período de 2009 a 2011, o clonazepam (Rivotril®) foi o psicotrópico mais consumido em 21 dos 27 estados brasileiros, em 2009, subindo para 22, em 2010, e para 24, em 2011. Tais dados são resultado do último levantamento feito, em 2012, pelo Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC/ANVISA). O SNGPC foi criado pela ANVISA, em 2007, com o objetivo de organizar e monitorar, a partir

[66] Secretaria de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde

[67] Atualizada pela Resolução RDC Nº 40, de 15/07/2009.

[68] Disponível em http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/mapainterativo/mapainterativo.html. Acesso em abr 2015.

de um sistema informatizado, dados sobre prescrição, dispensação e consumo de produtos sob controle especial (ANVISA, 2009). Contudo, até o momento, os dados disponíveis circunscrevem-se apenas às farmácias e drogarias particulares que já implantaram o sistema, estando fora desse grupo as farmácias hospitalares, públicas ou equivalentes. Logo, todas as análises devem considerar seus resultados de acordo com esse recorte.

De acordo com o Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC (2011)[69], dentre os cinco princípios ativos de formulações industrializadas (ou seja, excluem-se as manipuladas) mais consumidos[70] entre 2007 e 2010, da referida portaria, o clonazepam ocupou o primeiro lugar em todos os anos[71]. Nessa pesquisa, cabe ressaltar que o bromazepam e o alprazolam ocuparam a segunda e terceira posições, respectivamente, sem mudanças, nos anos citados. Esses dados parecem conferir uma posição de destaque ao clonazepam, em particular, e aos benzodiazepínicos, em geral.

No Rio de Janeiro, de acordo com os dados do SNGPC (ANVISA) de 2012[72], cobrindo os anos de 2009 a 2011, o clonazepam também se encontrava em primeiro lugar nos três anos, para a mesma lista de princípios ativos da pesquisa nacional desta portaria. O bromazepam e o alprazolam, nos anos de 2009 e 2010, também estavam em segundo e terceiro lugares, respectivamente, mas inverteram as posições em 2011.

Em pesquisa realizada por Azevedo, Araújo e Ferreira (2016), correlacionando dados do SNGPC sobre cinco benzodiazepínicos[73] (alprazolam, bromazepam, clonazepam, diazepam e lorazepam[74]), com indicadores sociodemográficos das 26 capitais brasileiras e o

---

[69] Dados referentes ao segundo volume do boletim, referente ao segundo semestre de 2011. Cabe ressaltar que após esse boletim, foram publicados mais dois apenas, em 2012, um referindo-se exclusivamente às substâncias anorexígenas e outro ao metilfenidato.

[70] Cabe ressaltar que, embora estudos tenham demonstrado empiricamente que a aquisição do medicamento não implica necessariamente o seu consumo/uso, "o consumo farmacológico", por convenção, para fins de pesquisas, é medido como sendo equivalente à compra/aquisição (Lu, Hernandez, Abegunde e Edejeer, 2011).

[71] Para o cálculo, eles consideraram as unidades físicas dispensadas (UFD), isto é, a caixa vendida do medicamento.

[72]Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/mapainterativo/arquivos/Tabela_RJ_6_1_2012.pdf Acesso em abr 2015.

[73] As informações sobre a dispensação desses BZD foram fornecidas aos autores pela coordenação do SNGPC, em miligramas mensais de cada princípio ativo para os anos de 2010, 2011 e 2012, sendo transformadas nas análises em dose diária definida (DDD) por mil habitantes por dia (DHD), para todas as capitais, por medicamento e por total de ansiolíticos. Portanto, a base de cálculo não foi a UFD como nas pesquisas apresentadas pela ANVISA, anteriormente citadas, além de incluir o ano de 2012 e retirar o de 2009, ou seja, trata-se de outro recorte.

[74] Os nomes comerciais mais conhecidos para as referidas substâncias são Frontal®, Lexotan®, Rivotril®, Valium® e Lorax®, respectivamente.

Distrito Federal, foi encontrado que o consumo de ansiolíticos de meia-vida curta está aumentando ao longo dos anos, principalmente nas capitais com maior densidade demográfica e maior concentração de médicos. Os autores observaram que a região Sudeste possui as capitais com maior média de consumo, enquanto a região Norte apresenta as menores médias.

Considerando a média ponderada em relação à evolução do consumo por medicamento, observaram que houve aumento seguido no consumo para todos os BZD, exceto para o diazepam, em todos os anos estudados, para todas as capitais[75]. O diazepam, opostamente, decaiu ano a ano no referido período, cabendo lembrar que, deste grupo, ele é o BZD mais antigo e, como já visto anteriormente, um sucesso de vendas ao longo da década de 1960, sob a rubrica do Valium®. O mais consumido, nesse estudo, não foi o clonazepam e sim o alprazolam, seguido pelo bromazepam e, depois, por clonazepam, lorazepam e diazepam, respectivamente.

Em relação a todo o conjunto de BZD, a diferença de consumo entre os anos de 2010 a 2012, considerando a evolução ano a ano (e não a média dos três anos) representou um aumento de 72%. Mesmo com a hipótese dos autores de que parece haver uma tendência para a prescrição dos BZD de meia vida curta, destacam que curiosamente o consumo do clonazepam continuou crescendo ainda que possuindo meia vida intermediária.

De acordo com a análise dos autores, a lacuna de estudos sobre o consumo dos BZD nos países em desenvolvimento se deve, em grande parte, à dificuldade em se ter acesso aos dados concernentes ao consumo de medicamentos. Explicam que aqui no Brasil, há não muito tempo, a maneira de se obter acesso aos dados de medicamentos controlados era por meio de um livro de controlados, o que só tornava possível um acesso mais prático em nível local. A criação do SNGPC, como já visto, buscou informatizar e sistematizar todas as informações sobre a dispensação de produtos controlados, estando ainda em desenvolvimento, embora já esteja sendo possível analisar alguns dados referentes às farmácias e às drogarias particulares. Ainda assim, os autores afirmaram que a ausência de algumas informações referentes a determinadas capitais levou inclusive à exclusão das análises do ano de 2009 e da lista dos medicamentos manipulados dispensados.

Deve-se considerar que o consumo não se limita aos dados do SNGPC não só porque ainda há outros dados a serem incluídos futuramente, mas também porque existem os usos

---

[75] Os autores indicam que o consumo ano a ano foi de 2,63 DHD, em 2010, 3,66, em 2011, alcançando 4,53 em 2012.

sem prescrição/receita, os realizados com falsificações destes documentos e os usos ilícitos, que também fazem parte das rotas de circulação desses medicamentos.

Em levantamento domiciliar realizado em 108 cidades brasileiras[76], em 2005, englobando 7.939 entrevistados, Carlini et al. (2006) encontraram uma taxa de 5,6% de pessoas que fizeram uso de benzodiazepínicos alguma vez na vida sem receita médica. Na região Sudeste, os autores observaram um aumento no consumo de BZD, em comparação com o levantamento domiciliar de 2001, de 2,5 vezes (de 2,8% para 6,6%). Foi o maior crescimento observado (junto com os anorexígenos), considerando que esse estudo comparava substâncias psicotrópicas lícitas (tais como barbitúricos, álcool, tabaco, xaropes, estimulantes, etc) e ilícitas (maconha, cocaína, solventes, etc).

No Brasil, é possível encontrar alguns estudos sobre os padrões de uso de psicofármacos na população (ALMEIDA et al., 1994; NOTO et al., 2002; QUINTANA et al., 2013; ANDRADE et al., 2004; GALDURÓZ et al., 2005, CARLINI et al., 2006; LIMA et al., 2008; NAPO et al., 2010). Um desses estudos (ALMEIDA et al., 1994) mostrou em inquérito epidemiológico, realizado na região da Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, em 1988, que foi observada uma taxa de uso de psicofármacos (nos últimos 30 dias anteriores ao inquérito) da ordem de 5,4%. Desses usuários, 98,7% relataram fazer uso de pelo menos um benzodiazepínico no referido período, predominando tal uso em mulheres e em pessoas de mais idade.

Um estudo (NOTO et al., 2002), em São Paulo, a partir da análise de 108.215 prescrições coletadas em farmácias, unidades de atenção primária e hospitais, no ano de 1999, a partir de dados fornecidos pela Anvisa, revelou que: 76.954 eram de benzodiazepínicos, 26.930 eram de anorexígenos, 3.540 eram de opiáceos e 788 de outras drogas, ou seja, um número significativamente maior de BZD. Tal estudo concluiu que há um uso irracional significativo de psicotrópicos no Brasil, dentro dos parâmetros já dicutidos sobre o "uso racional de medicamentos" da OMS, que aponta para práticas inadequadas de prescrição referentes a tais substâncias.

Cabe ressaltar que, a despeito de não serem encontrados muitos estudos específicos sobre o uso de benzodiazepínicos em contexto brasileiro, eles estão aumentando (ORLANDI & NOTO, 2005; ALVARENGA et al., 2008, 2015; TELLES-FILHO et al., 2011; FIRMINO et al., 2011, 2012; AZEVEDO et al., 2016, entre outros). Contudo, ainda há uma lacuna considerável de pesquisas qualitativas que busquem rastrear os sentidos e as trajetórias de uso

[76] Cidades com mais de 200.000 habitantes, envolvendo as cinco regiões do país.

delineados pelos diferentes usuários, buscando apreender a racionalidade que os guia nesse percurso, conforme discussão no primeiro capítulo.

Nordon et al. (2009) realizaram um estudo sobre o uso de benzodiazepínicos com mulheres acima de 18 anos, que estavam na sala de espera de uma unidade básica de saúde, em Sorocaba, São Paulo. Eles verificaram que 13,14% das mulheres utilizavam algum benzodiazepínico, tendo a maioria idade entre 50 e 69 anos, com relacionamento estável e analfabeta. Cerca de 48% relataram como motivo para o uso a insônia, utilizando medicamentos de longa meia-vida por mais de seis meses (cerca de 89%), com a primeira prescrição realizada por clínico geral (47,82%). Grande parte relatou tentativas de interrupção de uso (cerca de 90%), com taxa considerável de insucesso (70%).

Em estudo realizado no Brasil (HUF, LOPES & ROZENFELD, 2000) para avaliar o padrão de utilização de BZD em uma população de mulheres acima de sessenta anos, observou-se que das 634 entrevistadas, 21,3% faziam uso da referida substância. Além disso, estimou-se que destas, 62,2% faziam uso por mais de um ano (não necessariamente em base diária ou regular). As autoras apontaram para a importância de uma atitude preventiva por parte dos médicos, no momento de receitarem os BZD, considerando sua probabilidade de uso crônico e as características desse subgrupo específico de risco. Afirmam que ainda são poucos os estudos prospectivos que avaliam os fatores associados ao uso prolongado de BZD em idosos, sendo importante a realização de mais pesquisas longitudinais, a fim de apreender melhor o padrão de uso ao longo do tempo e os fatores envolvidos.

Nesse sentido, cabe assinalar também a necessidade de estudos de cunho qualitativo que poderiam abordar, do ponto de vista dos usuários, os diferentes sentidos assumidos pelo medicamento na vida dessas pessoas, aspectos também não analisados de forma sistemática na literatura. King et al. (1990), em análise qualitativa através de entrevistas com usuários de BZD de longo-termo observaram que as visões sobre essas substâncias eram bastante diversificadas e não se coadunavam com o estereótipo que a mídia divulgava, que era a imagem da mulher de meia-idade, passiva e passível de “adicção” em tranquilizantes. Embora a amostra de 64 sujeitos, fosse composta, de fato, em sua maioria, por mulheres, as percepções eram significativamente heterogêneas.

Alguns estudos (KING et al., 1990; BARTER & CORMACK, 1996; LIEBRENZ et al., 2015) realizaram entrevistas com pacientes de longo-termo de BZD com focos específicos como, por exemplo, acessar percepções e motivos dos mesmos em relação à manutenção do uso e ao desejo ou não (com tentativas ou não) para retirada ou interrupção do uso. Mais

ainda, como foram essas tentativas e que sentidos estavam envolvidos nesse processo. Nesse sentido, Liebrenz et al. (2015) observaram que pacientes usuários de altas doses de BZD, ao decidirem parar ou mudar o padrão de uso, o faziam influenciados por aspectos como preocupações com a saúde, questões sociais ou preocupação em relação ao sentimento de adicção. Acreditam que essas investigações contribuem sobremaneira para a compreensão de como o paciente se relaciona com o tratamento.

Outra aproximação relevante possibilitada pela pesquisa qualitativa pode ser observada na pesquisa de Gabe e Lipshitz-Phillips (1984). Foram realizadas entrevistas em profundidade com 14 médicos generalistas e 87 usuários de BZD. A partir dos relatos desses dois grupos sobre os tranquilizantes, os autores observaram um campo muito complexo de interações e de sentidos diversos, trazendo análises e contribuições, especialmente, quanto à temática da relação entre o uso de tranquilizantes e o controle social. Trouxeram elementos de reflexão ao afirmarem que houve poucos elementos que confirmassem algumas hipóteses clássicas, no caso estudado, como a individualização dos problemas sociais ou a dependência dos pacientes em relação aos médicos. Dentre outros aspectos discutidos, os autores alertaram para o problema de supergeneralizações e abordaram a relevância de se abarcar a riqueza trazida pelos diversos atores, propondo um modelo que possa compor a questão do controle social com a agência humana, como relações complexas situadas em um contexto.

Também foi possível localizar algumas pesquisas de cunho qualitativo, em contexto nacional, com diferentes metodologias, demonstrando um esforço nascente para se tentar compreender os múltiplos aspectos presentes no campo. Foi encontrado um artigo que coloca o gênero em cena, discutindo aspectos como a relação entre o uso de BZD por mulheres idosas, pacientes de um serviço de saúde mental, e as questões sociais envolvidas, propondo uma reflexão em torno da interação entre gênero, envelhecimento e controle social (MENDONÇA, 2011). Esse mesmo autor e colaboradores trazem outros dois estudos com a mesma população. Um estudo, analisando as interações entre o uso de BZD e a rede social na qual as usuárias se inserem, considerando as interações com vizinhos, familiares, amigos e as práticas de consumo de calmantes nesse contexto (MENDONÇA & CARVALHO, 2005). O outro investigou as formas de uso e os sentidos dados pelas usuárias ao medicamento, percebendo-se diferenças significativas entre o significado dos sintomas para médicos e pacientes, sendo que justamente as concepções das usuárias pareciam determinar o uso que faziam dos BZD, deixando as prescrições médicas em segundo plano (MENDONÇa et al., 2008).

Outros dois estudos (ALVARENGA et al., 2014; ALVARENGA et al. 2015) também foram nessa direção de tentar compreender quais as percepções e significados os usuários conferiam ao medicamento, incluindo uma amostra de 22 idosos usuários crônicos de BZD. Os autores observaram que a busca por prescrição sem qualquer preferência por algum médico específico apontou para um vínculo muito maior com o medicamento do que com o médico. Outra constatação foi a do uso do medicamento como tentativa para lidar com dificuldades existenciais diversas, de acordo com o contexto social e cultural específico de cada usuário.

Preocupações com o uso indevido dos BZD também foram foco de entrevistas que buscaram, tanto compreender quais as crenças e valores em jogo no uso de BZD por mulheres com histórico de uso indevido[77] (SOUZA et al., 2013), como as práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado, ouvindo-se tanto profissionais de saúde quanto usuários crônicos (ORLANDI et al., 2005). Nessa linha de investigação, Auchewski et al. (2004) buscaram avaliar a qualidade das orientações médicas sobre os possíveis efeitos colaterais dos BZD, utilizando questionário com perguntas abertas para entrevistar 120 pacientes que foram às farmácias comprar BZD.

Observa-se que mesmo com poucas pesquisas qualitativas na área, os focos são variados, bem como as formas de abordagem e análise dos dados, visto que alicerçados em diferentes referenciais teóricos. Leibing (2006) chama a atenção para o fato de, no Brasil, haver poucas publicações que abordem o medicamento sob o viés socioantropológico, situando-o como objeto cultural e social, tendo em vista sua presença tão marcante na dinâmica de nosso país. Desclaux (2006) complementa que os estudos brasileiros encontrados ainda são bastante recentes. Isso aponta para a relevância e a necessidade de mais pesquisas no campo com esse viés. Nesse contexto, Azize (2012) observa que está havendo uma relação crescente entre o campo da antropologia e o dos medicamentos em âmbito nacional.

Nos dados formais trazidos pelas pesquisas científicas, em geral, pôde-se observar as vozes dos profissionais de saúde sobre prescrições, dispensação, perfil dos usuários de um determinado serviço, padrão de uso, dentre outros. Nesse contexto, as pesquisas qualitativas parecem buscar espaço para acrescentar a visão de outros participantes da dinâmica em tela, como a de usuários e até da mídia. Cabe, portanto, mostrar algumas outras vozes que também compõem o quadro no qual o Rivotril é forjado enquanto fenômeno social.

[77] Os autores consideraram como uso indevido o consumo do medicamento para insônia ou ansiedade por mais de quatro semanas.

O Rivotril (marca registrada), de fato, parece apresentar uma "vida social", na qual aparece em capas de revistas, estampados em camisas e capas de celulares, em objetos de uso diário, tanto domésticos quanto fora do lar, em comunidades virtuais, em letras de músicas, entre outros, conforme ilustrado abaixo.

Figura 1 – Clonazepam (Rivotril®) como objeto da cultura

(a)

(b)

(c)

(d)

(e)

Legenda: (a) – capa de celular; (b) – almofada; (c) – caneca; (d) – camiseta; (e) – chinelos
Fonte: Imagens retiradas de sites da Internet[78]

Importante notar o fato que não se trata do princípio ativo clonazepam, mas sim da marca comercial Rivotril®, estando seu nome gravado nas camisas, almofadas, canecas e comunidades virtuais. Inclusive as reportagens midiáticas também publicam o nome Rivotril nas manchetes, utilizando o clonazepam apenas ao longo do texto. Milagres (2013), pesquisadora em comunicação social, analisou os sentidos atribuídos ao Rivotril na mídia, a

[78] Sites consultados: http://www.coronitasacessorios.com.br/capa+rivotril; http://noo.com.br/ja-tomou-seu-rivotril-hoje/; http://www.gorilaclube.com.br/caneca-risotril; http://walcyrcarrasco.com.br/2016/04/22/a-legiao-do-rivotril; https://www.estamparialadob.com.br/produto/chinelo-personalizado-%252d-rivotril, respectivamente.

partir da comparação de duas reportagens veiculadas no ano de 2010 em duas revistas mensais: a *Trip* e a *Superinteressante*. Ambas as revistas apresentam média de tiragem de cerca de 44.000 exemplares por edição. Os títulos das reportagens eram: "*Super-normal: o Rivotril é a droga com a cara dos dias de hoje, em que todos temos que estar bem*" e "*Nação Rivotril: O Brasil é o maior consumidor de Rivotril do mundo. Saiba como um calmante tarja preta tem sido usado para aplacar os sentimentos ruins de jovens, trabalhadores e donas-de-casa*", respectivamente.

A autora pontua que, em ambas as reportagens, o destaque é dado ao Rivotril e não ao clonazepam, o que denotaria uma forte presença da indústria farmacêutica. O nome do medicamento apareceu 20 vezes na *Trip* e 30 vezes na *Superinteressante*. Contudo, a conclusão da autora é a existência de uma polifonia nas reportagens, pois ao mesmo tempo em que há essa presença intensa da marca, há a veiculação de outras vozes. Entre elas: a de celebridades e artistas que utilizam a substância, a de consumidores comuns que aproximam o leitor da situação e dão relatos positivos e/ou negativos, a de especialistas que em nome da ciência trazem elucidações técnicas ou denunciam abusos, além da explicitação de esquemas ilícitos, trazendo também a voz da criminalidade, entre outros.

Com todas essas vozes, a autora demonstra a polifonia na produção social de sentidos que ocorre através da mídia e que, no caso em tela, também desvela a existência do Rivotril para além da química. Nas reportagens ela averiguou que o Rivotril foi abordado de diversas maneiras: como mercadoria, como objeto de desejo ou luxo, como tendência/moda, como calmante/elixir, como droga ilícita/perigo. Todos esses sentidos circulando dentro das duas reportagens.

Esse breve exemplo de análise de reportagem abre campo para a importância de se ampliar tais pesquisas para outros veículos de comunicação, pois como observado no tópico anterior, a mídia tem tido grande participação no ciclo de carreira dos psicotrópicos. Essa pesquisa serve para ilustrar, em alguma medida, diversos tópicos abordados anteriormente como a compreensão do medicamento enquanto objeto social, polissêmico, que apresenta uma trajetória biográfica, com rotas complexas. Nesses percursos, transitam em meio a tensões e controvérsias, nas quais ao mesmo tempo em que são denunciados seus riscos de abuso, tolerância e dependência, são explanados seus diferentes usos, benefícios, sua familiaridade, sua celebridade.

Analisar o papel da mídia nessa dinâmica da vida do medicamento é fundamental, pois ela constitui-se em peça-chave nos processos sociais de mobilização e legitimação na

contemporaneidade, tendo sido relevante em todo o processo descrito nos tópicos anteriores da carreira dos psicotrópicos. Observou-se esse processo na construção dos tranquilizantes, divulgados ora como milagre que entra no mercado, ora como problema social, catalisando sua entrada nos debates públicos e na agenda política (GABE & BURY, 1988).

Por fim, considerando-se a escassez de informações ou reflexões que abordem essa temática do viés dos usuários, busca-se, mais detidamente, dar voz a eles. Abrir espaço para que possam trazer, a partir de seus relatos, a experiência que possuem com o clonazepam. Através dessas falas, objetiva-se apreender os sentidos atribuídos por eles a aspectos como: a ingesta desse medicamento, os motivos que levaram ao primeiro contato, a trajetória de utilização, informações sobre prescritores, entre outros, e o que disso é possível captar sobre as práticas de manejo e gestão medicamentosa. Antes, procura-se observar qual o *status* que o clonazepam tem na vida dessas pessoas, que personagem(s) encarna, que lugar ocupa e em que agências está envolvido, trazendo reflexões que possam contribuir para a apreensão do clonazepam como fenômeno social.

3 **PESQUISA QUALITATIVA**

Diante do contexto exposto, há lacunas em relação às pesquisas sobre o uso de benzodiazepínicos que considerem o ponto de vista dos próprios usuários referente aos motivos para o uso prolongado, às formas e práticas de uso, aos sentidos dados a essa substância, às expectativas em relação aos efeitos (GABE & LIPSHITZ-PHILLIPS, 1984; KING et al., 1990; BARTER & CORMACK, 1996), bem como às assunções pessoais sobre o desejo ou não de descontinuar o uso (LIEBRENZ et al., 2015). Sendo assim, torna-se relevante pesquisar mais profundamente as visões dos próprios usuários, visto que são atores fundamentais nessa dinâmica, conforme todos esses autores elucidam. Ressalta-se ainda a necessidade de mais estudos com um viés socioantropológico, que possam dialogar com o escopo teórico acima abordado, sobretudo em contexto brasileiro (LEIBING, 2006), a fim de fortalecer os esforços iniciais, embora ainda recentes, em aprofundar mais a compreensão nesse campo (DESCLAUX, 2006; AZIZE, 2012).

Tendo em vista tal quadro ainda nebuloso e buscando desenvolver um estudo qualitativo centrado no fenômeno social do clonazepam em contexto brasileiro, objetivou-se investigar os sentidos atribuídos ao uso desse medicamento, através da análise de relatos de usuários de longo termo[79] (mais de um ano de uso). Dessa forma, buscou-se abordar aspectos como a ingesta, os motivos que levaram ao primeiro contato, a trajetória de utilização (doses e práticas de uso e administração do medicamento), informações sobre prescritores, expectativas sobre os efeitos, dentre outros.

Com o intuito de captar os sentidos atribuídos ao uso do clonazepam por esses usuários, objetivou-se apreender especificamente: as expectativas em torno dessa substância; as práticas de gestão, ou seja, de uso e administração do medicamento, desenvolvidas por eles a partir de suas vivências; o lugar dado a essa substância na experiência cotidiana; a capacidade de ação (tanto do usuário quanto do medicamento) que compõe a relação do

[79] Kurko et al. (2015) realizaram uma revisão sistemática dos estudos publicados sobre o uso de longo-termo de BZD, no período de 1994 a 2004. Segundo os autores, os *guidelines* recomendam que não se realize tratamento de longo-termo com BZD devido ao risco de desenvolvimento de tolerância e de dependência, embora tenham encontrado controvérsias nesse âmbito. A questão que os autores destacam é que não há uma definição homogênea do que seria um uso de longo-termo, sendo encontrados diferentes critérios para essa definição, variando de um mês até anos. No entanto, a definição mais comum que averiguaram foi variando entre seis meses e um ano. Portanto, optou-se por considerar essa tendência mais comum, relatada pelos autores, como critério.

mesmo com o clonazepam e seus impactos tanto na dinâmica da vida ordinária quanto na vida social de relação.

Cabe ressaltar que se trata de um estudo qualitativo de caráter exploratório. Conforme salienta Gil (2008), as pesquisas exploratórias são úteis para estudar temas ou fatos pouco explorados na literatura e que, por esse motivo, apresentam grande dificuldade para a formulação de hipóteses precisas e operacionalizáveis. Assim, esse modo de pesquisa permite apreender, desenvolver e esclarecer determinadas questões e ideias no campo, trazendo uma visão mais geral e aproximativa de um fenômeno, que pode servir como base para perguntas e hipóteses futuras.

Nesse sentido, não se buscou formular uma hipótese, a fim de se poder coletar o máximo de informações possíveis diante da questão colocada ao campo, sem ideias pré-concebidas que pudessem limitar a emergência de alguma informação. Com o intuito de não enviesar a entrevista, pretendeu-se recolher todos os sentidos e informações que emergissem, abrangendo e mapeando a riqueza de nuances que o campo apresentasse.

Um único aspecto que nos serve de norteador nessa análise refere-se ao hiato que acreditamos haver entre as informações sobre a aquisição dessa substância e o seu consumo, principalmente, pelo fato das pesquisas epidemiológicas considerarem, geralmente, por convenção, uma equivalência entre aquisição e consumo, conforme elucidado por Lu et al. (2011), suprimindo um espaço cheio de nuances e complexidades. Cabe, portanto, pesquisar minuciosamente esse espaço entre compra e uso, ao qual as estatísticas não fazem referência e que uma pesquisa qualitativa teria muito a contribuir.

3.1 **Metodologia**

Foi desenvolvida pesquisa qualitativa, com realização de entrevistas semiestruturadas com 13 usuários de longo-termo (pelo menos um ano de uso, não necessariamente em base diária ou regular) de clonazepam. De acordo com Barter e Cormack (1996), as entrevistas semiestruturadas possibilitam a apreensão de minúcias das visões dos respondentes, uma vez que dá liberdade a eles para responderem tão completamente quanto possível ao que é perguntado, de forma que isso pode auxiliar a fortalecer a validade dos dados. Os autores acrescentam ainda que esse método permite uma flexibilidade que abre espaço para se acessar

aspectos afetivos e de valoração que os usuários apresentam em relação ao medicamento, sendo esse modo de coleta de dados "[...] consistente [...] para examinar dados a partir do ponto de vista dos próprios participantes[80]" (p.492, tradução nossa).

3.1.1 Participantes

Inicialmente, o objetivo era utilizar, para a realização das entrevistas, a base de dados da população do Estudo Pró-Saúde/UERJ[81] (FAERNSTEIN et al., 2005a, 2005b), por meio de contato telefônico com participantes que residissem no estado do Rio de Janeiro e que tivessem relatado no questionário o uso de medicação psicoativa na semana prévia ao inquérito, em mais de uma fase da coleta[82]. No contato telefônico, seria averiguado o perfil do respondente, a fim de verificar se atendia aos critérios da pesquisa. Em princípio, objetivava-se entrevistar cerca de 15 sujeitos.

Contudo, o campo mostrou-se bastante difícil, de forma que sequer foi possível conseguir um entrevistado entre os 30 primeiros sujeitos contactados. Muitas pessoas não atenderam nem retornaram às ligações, alguns telefones pareceram não estar atualizados ou não funcionar mais, alguns funcionários não estavam mais no setor informado. Havia participantes do estudo já falecidos que ainda constavam na lista, outros estavam de licença médica, e alguns que atenderam – embora se enquadrassem no perfil inicialmente - não se enquadravam mais, diante da triagem por telefone. Desse grupo, apenas quatro pessoas foram selecionadas. Dessas, três pessoas marcaram, sendo que uma faltou e duas desmarcaram e não remarcaram. A quarta pessoa ficou de tentar um horário disponível, mas não conseguiu. Diante desse quadro, a projeção para a continuidade da busca não se mostrou animadora. Além disso, nesse ínterim, a UERJ entrou em período institucional de instabilidade política e

[80] O texto em língua estrangeira é: "[…] consistent […] to examine the data from the point of view of the participants themselves."

[81] O estudo Pró-Saúde é um estudo longitudinal, desenvolvido por Faerstein et al. (2005a, 2005b), sobre determinantes sociais e psicossocias de aspectos selecionados e específicos de morbidade, englobando aplicação de questionário, aferições de peso, estatura, pressão arterial, circunferência abdominal, dentre outros. O público-alvo é de funcionários técnico-adminitrativos dos campi universitários da UERJ, no Rio de Janeiro. Esse estudo foi desenvolvido em 4 fases, ocorridas nos anos de 1999, 2001/2002, 2006/2007 e 2011/2012, respectivamente.

[82] Ver Apêndice A (Planilha de sujeitos do Pró-Saúde com critérios de filtragem)

econômica, afetando todas as suas atividades, tornando esse possível campo ainda mais inacessível.

Soma-se a esse fato, o tempo gasto com a necessidade de nova submissão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao Comitê de Ética em Pesquisa[83] (CEP), do IMS, a fim de realizar mudanças em relação ao tempo de uso (de dois anos para um ano) e à pequena pré-entrevista que averiguaria as condições do sujeito para participação (passando de dois pesquisadores para apenas o pesquisador-aplicador).

Sendo assim, devido a tais dificuldades no referido período e tendo em vista o tempo restrito para o desenvolvimento dessa parte prática para este trabalho, não foi possível mais insistir nesse grupo do Pró-Saúde (o que talvez seja possível em outra ocasião), tendo sido necessário mudar e ampliar as formas de captação de sujeitos. Optou-se por entrar em contato com profissionais de saúde – psiquiatras e psicólogos atuando em serviços da rede pública e privada - por e-mail e pessoalmente, explicando os objetivos da pesquisa, os critérios e solicitando auxílio para a indicação e convite a possíveis participantes. Também não se obteve sucesso dessa maneira. As respostas indicavam que havia pacientes com o perfil desejado, mas os pacientes não entravam em contato ou não retornavam aos nossos contatos.

Por fim, optou-se pela utilização da técnica de *snow-ball*, isto é, divulgou-se a pesquisa e os critérios de inclusão para conhecidos e para as próprias pessoas que, posteriormente, iam sendo entrevistadas. Estas, por sua vez, indicavam outros possíveis sujeitos. Ainda assim não foi fácil encontrar pessoas que aceitassem participar. Houve contatos por e-mail e por telefone sem sucesso (alguns sequer responderam) e ainda algumas tentativas de marcações que não foram concretizadas.

Um fator que contribuiu para que os entrevistados aceitassem participar foi a confiança que os indicados tinham na "pessoa conhecida" que os direcionava à entrevistadora, facilitando sobremaneira que algumas pessoas aceitassem ser entrevistadas, fato que já houvera sido observado nas entrevistas-piloto.

Os critérios de inclusão englobavam o uso de clonazepam há pelo menos um ano (não necessariamente em base regular ou diária), de pessoas residentes no estado do Rio de Janeiro, independente de idade, sexo e nível socioeconômico. Caso algum respondente não fosse julgado estar em condições físicas e/ou psicológicas para participar da entrevista no momento ou pudesse apresentar alguma dificuldade na compreensão da mesma, não seria convidado a participar. Contudo, não foi necessário excluir nenhum sujeito por tais motivos.

[83] Ver Apêndice B (TCLE).

Desse modo, conseguiu-se entrevistar 13 pessoas, que se encontravam dentro do perfil estipulado. Cabe considerar que até que se alcançasse esse número, mesmo com os sujeitos que compareceram às entrevistas, também foram encontradas muitas dificuldades, havendo contatos não retornados, desmarcações e faltas.

3.1.2 Coleta dos dados

A entrevista semiestruturada foi elaborada considerando-se como base, além das discussões suscitadas pelo aporte teórico delineado, alguns aspectos abordados em outros estudos qualitativos que pesquisaram a visão de usuários de benzodiazepínicos sobre suas experiências com esse medicamento (GABE & LIPSHITZ-PHILLIPS, 1984; KING et al., 1990; BARTER & CORMACK, 1996; SOUZA et al, 2013; LIEBRENZ et al., 2015). Com base nesse levantamento, que trouxe questões diversificadas, o roteiro[84] de entrevista buscou abarcar os seguintes tópicos (coadunando-se mais com questões levantadas por GABE & LIPSHITZ-PHILLIPS, 1984; KING et al., 1990; BARTER & CORMACK, 1996, mas não exclusivamente): primeiro contato com o clonazepam, motivos para o uso (tanto para o início quanto para a continuidade), formas de acesso e aquisição, prescritores (se fosse o caso), práticas de gestão/administração (dosagens, momentos e forma de ingesta e tempo de uso), efeitos (esperados, desejados e indesejados), desejo ou não de interrupção do uso (com ou sem tentativas), uso simultâneo (ou não) de outros medicamentos e a existência (ou não) de outras formas usadas pelos respondentes para lidar com as mesmas questões indicadas por eles para o uso do clonazepam. Cabe ressaltar que a montagem final do roteiro também pôde contar com as relevantes sugestões da banca por ocasião da qualificação, considerando as entrevistas-piloto.

Com tais tópicos, pretendeu-se abarcar de forma abrangente a experiência dos usuários com o clonazepam. Portanto, no lugar de responder perguntas específicas, objetivou-se com as análises dessas entrevistas mapear o campo, a fim de se delinear com mais precisão perguntas ou hipóteses futuras. Além disso, buscou-se trazer reflexões sobre o que esse fenômeno pode indicar sobre o mundo social e cultural em que vivemos e que papel os medicamentos chamados “ansiolíticos” têm desempenhado como objetos sociais.

[84] O roteiro para a entrevista encontra-se no Apêndice C.

Conforme as indicações de entrevistados foram sendo feitas, a entrevistadora entrava em contato com os possíveis sujeitos, a fim de averiguar o perfil e o interesse em participar. Caso o mesmo preenchesse os critérios necessários, marcava-se dia, local e horário convenientes ao participante. A maioria (09 entrevistados) optou por receber a entrevistadora na própria residência (embora também fosse dada a alternativa de ser na UERJ, caso preferissem). Um entrevistado optou por realizar o encontro em seu local de trabalho e outros três solicitaram que fosse em um lugar público, neutro e conveniente para eles, caso no qual buscávamos juntos algum lugar reservado e silencioso para a realização das entrevistas.

Antes da realização das entrevistas, era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a partir do qual o participante era informado de sua participação voluntária, não-remunerada, dos possíveis riscos e benefícios, da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e de que poderia interromper sua participação e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Antes de iniciar a entrevista e após a assinatura do termo, era perguntado se o respondente tinha mais alguma dúvida (se fosse o caso) e reforçado que sua participação não era obrigatória e que poderia responder às perguntas da forma como desejasse, sem limitação de tempo. Também era salientado o seu direito em deixar de responder quaisquer questões ou de dar quaisquer informações que não desejasse.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas, mantendo todos os dados pessoais anônimos e em sigilo. Como em algumas respostas os participantes já abordavam temas referentes a outras perguntas, a entrevista foi sendo realizada de forma fluida e dinâmica, respeitando a ordem dos conteúdos trazida pelos entrevistados. Sendo assim, questões ainda não abordadas pelos participantes em suas respostas iam sendo inseridas pelo entrevistador no decorrer da entrevista, conforme a oportunidade surgida nos próprios relatos. Conforme Biasoli-Alves e Silva (1992), o formato da entrevista semiestruturada permite:

> [...] uma formulação flexível das questões, cuja sequência e minuciosidade ficarão por conta do discurso dos sujeitos e da dinâmica que flui naturalmente no momento em que entrevistador e entrevistado se defrontam e partilham uma conversa permeada de perguntas abertas, destinadas a "evocar ou suscitar" uma verbalização que expresse o modo de pensar ou de agir das pessoas face aos temas focalizados, surgindo então a oportunidade de investigar crenças, sentimentos, valores, razões e motivos que se fazem acompanhar de fatos e comportamentos, numa captação, na íntegra, da fala dos sujeitos (p.64).

Além da entrevista, os participantes também preencheram uma ficha, informando alguns dados sociodemográficos[85] tais como: idade, sexo, etnia, estado civil, renda pessoal, renda familiar, grau de escolaridade e profissão. Tanto o TCLE como o roteiro de entrevista foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número de protocolo 30889214.2.0000.5260.

3.1.3 Considerações éticas

Considerando que o tema abordado é complexo e delicado, uma vez que envolve depoimentos de cunho íntimo e que, possivelmente, englobam conteúdos que podem gerar desconforto ao entrevistado, buscou-se estar atento a alguns cuidados éticos. Dentre eles, o de tentar captar os sentidos dados à experiência dos respondentes ao uso do clonazepam sem provocar danos/sofrimento aos entrevistados.

Dessa maneira, optou-se por uma forma de abordagem que deixasse o entrevistado à vontade para falar dos chamados "mau uso"[86] (tradução nossa), usos ilícitos ou problemáticos desse medicamento. Estes foram aqui considerados como os usos com receitas compradas sem ser por vias médicas, os medicamentos obtidos por vias não médicas, os usos por automedicação, bem como aqueles que desconsiderassem as prescrições e indicações médicas.

Nesse sentido, conforme procedimento utilizado por alguns autores (KING et al., 1990; BARTER E CORMACK, 1996; LIEBRENZ et al., 2015), perguntas que pudessem envolver conteúdo mais sensível a algum tipo de julgamento moral e/ou social foram deixadas o mais abertas possível e, dependendo das respostas dadas, podiam ser um pouco mais exploradas, a fim de facilitar a compreensão. Além disso, seguindo essa linha, atentou-se na formulação das perguntas para a utilização de termos e palavras que fossem mais neutras, isto é, que não contivessem um julgamento moral negativo *a priori*. Com isso, evitou-se induzir o entrevistado a qualquer interpretação que pudesse levar a respostas socialmente desejáveis, além de tentar resguardá-lo de qualquer contrangimento decorrente de alguma percepção de um suposto julgamento moral a partir da forma como a pergunta foi elaborada.

---

[85] Ver Apêndice D.

[86] O termo em língua estrangeira é: "misuse".

Inclusive, qualquer denominação do clonazepam ou Rivotril® como remédio, medicamento ou substância controlada também foram retiradas das perguntas, a fim de que possibilitasse a emersão da acepção original do respondente, sendo ponto importante de análise como ele surge na fala do mesmo (como droga, como "tarja preta", como medicamento, como "controlado", como Rivotril, etc). Optou-se, portanto, pela menção direta ao nome "clonazepam (ou Rivotril marca registrada)", utilizando-se, no decorrer da entrevista, apenas a forma de nomeação usada pelo próprio entrevistado. Acredita-se ser esse um cuidado relevante para não aprisionar o objeto de estudo em acepções pré-concebidas, uma vez considerada a polifonia do medicamento e os diversos significados simbólicos e sociais que carrega (VAN DER GEEST & WHYTE, 1989, VAN DER GEEST et al., 1996; WHYTE et al., 2002; DESCLAUX & LÉVY, 2003, DESCLAUX, 2006; COHEN et al., 2001), sendo justamente a busca pela apreensão dos diferentes sentidos dados pelos usuários um dos principais objetivos de análise.

Por fim, também foi reforçado o caráter de confidencialidade da entrevista, bem como foram consideradas atentamente as reações dos respondentes, não só como informações para a própria análise, mas para a própria continuidade ou não da entrevista, visando-se a preservar o entrevistado.

Todos os 13 participantes demonstraram estar em condições para participar das entrevistas, no momento em que foram realizadas, e todos prosseguiram satisfatoriamente até o final das mesmas, sem intercorrências.

3.1.4 Análise dos dados

Para análise dos dados, após realizadas as transcrições, foram feitas leituras livres das entrevistas, repetidamente, a fim de possibilitar uma aproximação ao material coletado e a assimilação do mesmo, bem como a organização gradual das informações fornecidas pelos participantes. Com base nessas leituras, para além dos tópicos abordados nas próprias entrevistas, que serviram como disparadores para os relatos das experiências a partir da apreciação de diversos aspectos, buscou-se, em um primeiro momento, não enquadrar tais dados em concepções pré-definidas, a fim de possibilitar a observação daquilo que o próprio campo trazia.

Segundo Minayo (2012), o trabalho com materiais empíricos tais como as entrevistas, exige uma " leitura atenta, reiterativa e cheia de perguntas do conteúdo das falas e das observações" (p.624), em um processo que ela denomina de "impregnação" ou "saturação". Durante esse processo, o pesquisador deve deixar-se impregnar pelas falas dos participantes (dados), "detendo-se ora numa análise mais imediata do conteúdo expresso, ora nas teias de relações que se evidenciam (entre diferentes pontos do discurso, entre ele e a abordagem, entre diferentes concepções do mesmo tema, e assim por diante)" (BIASOLI-ALVES & SILVA, 1992, p.66).

Em seguida, Minayo (2012) aponta a importância de organizar o material a partir dessas leituras por meio de uma "elaboração transversal", (no caso em tela, do conjunto das entrevistas), observando os itens provenientes dos relatos, tal como foram expressos, em um esforço que ela denominou de "recorte e colagem". Assim, organiza-se esse material em subconjuntos por assuntos, configurando uma primeira forma de classificação. Então, procede-se a releitura desse material a partir dessa primeira classificação. Com essa nova leitura, busca-se depreender alguns tópicos gerais que se salientaram nas entrevistas, especialmente a partir da reiteração.

A autora enfatiza que esse esforço de síntese em alguns temas ou tópicos, construindo-se "categorias empíricas ou unidades de sentido", busca diminuir o número de subconjuntos, mas mantendo a riqueza e diversidade do material, constituindo-se apenas em um tipo de reclassificação que enfatiza "as estruturas de relevância" (p.624) encontradas no campo. Destaca que não se trata de buscar a homogeneidade ou uma "verdade essencialista" em cada tópico, mas ao contrário, lidar tanto com o que aparece de homogêneo quanto com as diferenças internas, enfocando a riqueza trazida pelo campo e o significado expresso pelos entrevistados. Assim, gradualmente, o pesquisador vai apreendendo o sentido das falas dentro de seu contexto.

Biasoli-Alves & Silva (1992) também destacam que há regularidades e diferenças nas variadas respostas, sendo relevante considerar essas nuances, havendo "respostas distintas com um mesmo fundamento, respostas iguais com fundamentos diferentes e mesmo algumas contraditórias em um único sujeito [...]" (p.66). Assim, ao longo da análise, gradualmente, o pesquisador vai realizando um "processo de afunilamento" (p.67), selecionando tópicos ou questões centrais de acordo com seu grau de abrangência e relevância para o estudo.

Sendo assim, a partir dessa forma de lidar com o material das entrevistas, buscou-se apreender as linhas de força que apareciam atravessando os relatos, tornando-se visível por

meio da aglomeração dos dados/informações em torno de pontos/temas específicos (ou seja, que se reiteravam), independente da valência dada pelo respondente (positiva, negativa ou ambivalente). A partir dessa identificação, foram construídos eixos analíticos (ou unidades de sentido) que pudessem auxiliar na organização das reflexões eliciadas pelo material encontrado no campo, possibilitando visibilizar as nuances dos sentidos e práticas emergentes a partir da relação e da experiência que cada usuário estabelece com o clonazepam.

3.2 **Resultados**

Figura 2 – Quadro dos dados sociodemográficos dos participantes

CÓDIGO	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	RENDA FAMILIAR	ESCOLARIDADE	TEMPO DE USO (CLONAZEPAM)
E1	F	52	Divorciada	Até 2 SM[87]	Ens. Médio Completo	4 anos
E2	F	62	Solteira	4 a 10 SM	Pós-graduação	12 anos
E3	F	55	Casada	10 a 20 SM	Ens. Médio Completo	12 anos
E4	F	60	Casada	Acima 20SM	Ens. Superior Completo	6 anos
E5	F	89	Viúva	Não informada	Ens. Superior Completo	2 anos
E6	M	42	União estável	4 a 10 SM	Pós-graduação	3 anos
E7	F	61	Solteira	Até 2 SM	Ens. Básico Incompleto	15 anos
E8	F	63	Casada	Não informada	Ens. Médio Completo	“Pelo menos 20 anos”
E9	F	34	Divorciada	4 a 10 SM	Pós-graduação	9 anos
E10	F	58	Separada	10 a 20 SM	Pós-graduação	26 anos
E11	F	74	Solteira	Até 2 SM	Ens. Médio Completo	20 anos
E12	F	80	Viúva	4 a 10 SM	Ens. Médio Completo	13 anos
E13	F	61	Casada	Até 2 SM	Ens. Médio Completo	“anos”

Fonte: A autora, 2016.

[87] SM = salário mínimo

Observa-se que a maior parte é composta por mulheres e a maioria (mais da metade dos entrevistados) possui idade igual ou maior a 60 anos, seguindo a prevalência observada em alguns estudos epidemiológicos (Woods et al., 1992; Ettore & Riska, 1995; Currie, 2003; Olfson et al., 2015). Outra informação que também esteve de acordo com as pesquisas (Woods et al., 1992; Tone, 2007) foi a de prescritores. Observa-se que há muitas outras especialidades que prescrevem para além da Psiquitria.

Figura 3 – Quadro dos prescritores e do tempo de uso do clonazepam

CÓDIGO	**TEMPO DE USO (CLONAZEPAM)**	**PRESCRITORES**
E1	4 anos	Oncologista (primeiro) e psiquiatra (atual)
E2	12 anos	Psiquiatra
E3	12 anos	Psiquiatra
E4	6 anos	Psiquiatra
E5	2 anos	Neurologista (primeiro) e clínico geral
E6	3 anos	Psiquiatra
E7	15 anos	Neurologista e clínico geral
E8	"Pelo menos 20 anos"	Psiquiatra da família (primeiro) e clínica geral (atual)
E9	9 anos	Psiquiatra (primeiro) e médico da própria família (atual)
E10	26 anos	Psiquiatra
E11	20 anos	Psiquiatra (primeiras vezes) e cardiologista *("...quando eu vou a qualquer médico, eu sempre peço. Falo do Rivotril e eles me dão"*)
E12	13 anos	Oncologista e cardiologista ("*se eu pedir a algum outro também dão, porque são todos meus amigos*")
E13	"anos"	Clínica geral e endocrinologista

Fonte: A autora, 2016.

Eixos analíticos:

a) Estranhamento: a não-legitimidade da própria experiência;

Esse primeiro eixo foi observado logo no primeiro contato com os participantes e também retomado por alguns deles em determinado momento das entrevistas, em geral, ao final dela. Na realização dos convites, frequentemente, eles traziam falas como "*mas eu não sei como vou poder te ajudar*" (E13), "*eu não tenho um conhecimento abalizado do assunto*"(E5), "*não sei se tenho algo importante para dizer*"(E12), entre outros. Apenas uma entrevistada relatou por ocasião do convite: "*Ótimo, eu acho mesmo que é preciso ouvir o que a gente tem a dizer!*" (E10).

Essas falas aparentemente simples e ditas sem compromisso ainda no momento de convite e marcação já expõem relevante informação sobre qual é o lugar dado à experiência do usuário com o clonazepam, não só no contexo sociocultural mais amplo, mas no próprio micro contexto do participante. A demonstração por parte deles de um estranhamento ao serem convidados a falar sobre suas experiências e vivências com o clonazepam traz perguntas importantes. Primeiro, o que teria de tão estranho em haver interesse em ouvir suas histórias com essa substância, perguntando sob seus pontos de vista. Segundo, em ouvindo essas vivências, o que as tornaria "menos", menos importantes, sem utilidade, entre outros e, em relação a quê. Talvez algumas ilustrações possam esclarecer algo mais:

"*Eu não posso dizer a você que o Rivotril é excelente ou não presta... Não posso. Não sou pessoa.... quando a Fulana falou comigo, depois eu até pensei sozinha... Eu acho que vou dizer que não vou fazer, porque eu não sou uma pessoa indicada pra dar uma opinião certa, abalizada, não sou...*" (E5)

"(...)Isso aí é opinião minha, mas eu ainda vou voltar no psiquiatra ainda pra ver... não vou mais lá na Dra. porque é longe demais. Mas eu vou buscar um por aqui mesmo. É o que eu acho... Isso é opinião minha entendeu? Não é opinião de ninguém. É a opinião de uma velha burra(..) eu acho que eu tô boa agora, né. Opinião minha né, não sou médica não, mas..." (E11)

Nesses trechos, fica mais visível com as ideias de "*opinião certa, abalizada*" ou "*não é opinião de ninguém, é opinião de uma velha burra*", "*não sou médica não*", uma provável

comparação com o discurso médico, com a opinião de um profissional abalizado, entre outros. Logo, o que parece ocorrer é uma depreciação e desvalorização do conhecimento ou da experiência do usuário por ele próprio frente ao conhecimento médico-científico. Isso talvez tenha gerado o estranhamento em encontrar alguma pesquisa que quisesse ouvir suas experiências. Esse fato aponta para a relevante observação sobre o sentido que os usuários dão ao próprio conhecimento ou experiência com o clonazepam perante o paradigma médico-científico.

Justamente, pelo cunho dessas falas, tomou-se cuidado tanto com as perguntas do roteiro quanto com as explicações do objetivo da entrevista, a fim de evitar respostas socialmente desejáveis ou, nesse caso, "medicamente" desejáveis, em termos de "certo x errado", entre outros.

b) O status do clonazepam;

Inicialmente, cabe ressaltar que todas as pessoas, com uma única exceção, não faziam uso do termo clonazepam, mas sim Rivotril, o que já indica uma identificação direta com a marca. Essa atitude parece fazer sentido no contexto atual, pois enquanto o clonazepam é uma das substâncias mais vendidas, segundo publicado pelo SNGPC/ANVISA (2011) e já mencionado em tópico anterior, é o Rivotril que leva os créditos, que circula nas capas de revistas, que é estampado nas camisetas, que vira verbo e ganha vida. De fato, houve respondente que perguntasse "*O que é o clonazepam*?". Conforme foi explicado na análise dos dados, foi deixado espaço aberto para que o clonazepam emergisse conforme a acepção de cada participante.

Uma primeira forma identificada apareceu em grande parte das respostas, referindo-se ao Rivotril como **remédio** ou **medicamento**, utilizando, inclusive, termos médicos e inserindo-o como parte de algum tratamento médico.

"*Nessa época a <u>medicação</u> que eu tomei, eu nem sei se existia o Rivotril. Não foi o Rivotril como <u>ansiolítico</u>...*" (E4)

"*Já conversei... hoje em dia é uma médica e... com ela sobre o assunto e... dizendo né que eu queria parar o <u>medicamento</u>, mas.... fizemos o teste e realmente... eu não tenho a mínima condição de agora parar <u>o tratamento</u>" (*E2).

"(...) aí ele me passou um tratamento todo à base de Rivotril , tomando 6mg dia. 2mg de manhã, duas de tarde, duas de noite, tá. Aí, nesse período ah... eu fiquei com esse tratamento em torno de 8 meses a 10 meses e aí fiquei muito bem". (E10)

O termo "**tarja preta**" e a ideia de ser um "**remédio controlado**" apareceram apenas em duas entrevistas, demonstrando que não se tratava de qualquer medicamento, mas sim de uma classe especial, diferenciada das demais. Ainda sim, em apenas uma delas, no segundo exemplo exposto abaixo, ela carrega uma conotação explicitamente negativa e estigmatizante.

"*Antigamente, a gente comprava remédio controlado sem... sem receita. Eu comprava o Parnate que é um antidepressivo. Eu conseguia. Hoje em dia, nunca ninguém me vendeu tarja preta sem receita*" (E4)

"(...) pra mim, tomar um Rivotril... pra tomar um remédio tarja preta... é porque não sou muito certa da ideia... isso que eu penso (...) Não se compra assim... é tarja preta. Apesar de ser 2mg, é tarja preta" (E11)

Uma terceira forma curiosa e bastante frequente nos diferentes relatos é a referência ao clonazepam não como "coisa", mas diretamente pelo "nome" ou por pronome pessoal, dando a impressão de que se trata de uma **pessoa** e não de um objeto. Por exemplo, quando o participante utiliza termos geralmente imputados a pessoas e não a objetos, especialmente, no que concerne a ações gerais ("ele faz isso ou aquilo") ou até mesmo a ações ou julgamentos morais (atribuição de culpa, "falar mal", entre outros).

"(...) eu vivo cansada, então, assim... tudo, não é tudo culpa do Rivotril, sabe, todo mundo bota culpa 'hum, toma o Rivotril', 'hum, toma o Rivotril'(...) Então assim, ela (a psicóloga) *focava numas coisas assim que eu num... e ficava 'tem que parar o Rivotril, tem que parar o Rivotril, tem que parar o Rivotril'. Falei, cara, 'tá', tipo 'o Rivotril faz mal, ó porque eu li que o Rivotril faz não sei o que', eu nem lembro o que ela falou porque eu não dava muita atenção, eu ficava 'não vou prestar atenção quando ela falar do Rivotril' ".* (E9)

Por fim, outra forma pouco comum, sai do campo do medicamento/ remédio, explicitamente, entrando no *status* de **droga**. Nesse grupo, o clonazepam era situado pelo participante ao lado de outras substâncias denominadas "drogas" no senso comum, na linguagem coloquial cotidiana, dissipando qualquer diferença entre lícito/ilícito, colocando o clonazepam como parte de outro circuito.

"(...)Eu procurei isso (venlafaxina, metilfenidato, etc) *como droga, sempre fui fascinado pelas substâncias, sobretudo essas substâncias cognitivas, digamos assim, que tem essa ação... ok, essas substâncias narcóticas, alucinógenas, elas já estão aí... mas essas mais diabólicas... eu sempre achei elas fascinantes (...)Engraçado dessas drogas aí: bupropiona,*

venlafaxina, metilfenidato, o clonazepam eu achei o mais esquisito. Não gostei daquilo não." (E6)

"(...) então, assim, eu tomando a Duloxetina, eu enxergava assim... tudo muito... muito claro, muito assim, sabe, como se tivesse... bom... sem ser o, o Rivotril, eu nunca tomei droga nenhuma, nem fumei nada, mas me falaram que, quando você, tipo, cheira, você... cocaína, você vê qualquer coisinha que caiu ali do lado, você tem uma percepção muito grande do que acontece em volta. Com a Duloxetina eu ficava assim". (E9)

c) Motivos para o início do consumo do clonazepam;

Tendo em vista, como exposto no tópico anterior, que o clonazepam é passível de encarnar diferentes sentidos, seja como remédio, como droga, como parte de um tratamento ou não, como personagem que se corporifica como "pessoa" na vida de relação, entre outros, cabe observar em que momento ele entra em cena nessas histórias. Foram observadas duas maneiras principais.

Uma primeira forma de entrada na vida das pessoas que foi identificada é a chegada do clonazepam como medicação determinada para o tratamento de um transtorno específico, com os respondentes citando categorias diagnósticas psiquiátricas como síndrome do pânico, depressão, transtorno de ansiedade generalizada, entre outros, ou alguma doença específica (como a apneia do sono):

"(...)*E o objetivo d'eu tomar o Rivotril era pra ver se eu dormia, porque desde que eu tive a crise depressiva eu nunca mais, assim... não é que dormia, teve um período que sim, mas depois eu fiquei com... é... despertar noturno, a noite toda eu acordava e... por isso que eu passei a usar o Rivotril. E... e além de tudo assim, a depressão gera às vezes um pouco de ansiedade..."* (E4 – tempo de uso informado: "6 anos")

"*Eu fui no neuro, eu tinha... tinha não, tenho problema de apneia do sono. E ele pegou e receitou o Rivotril, pra apneia. Realmente ele me melhorou muito. Eu tinha aquela apneia de ficar sem ar. Eu continuo tendo apneia, só que... num é sem ar*" (E7 – tempo de uso: "15 anos")

"*Eu comecei a usar 10 anos. Porque eu sempre fui uma pessoa muito agitada, e... todos os psicólogos e psiquiatras que eu vou, todos dizem que eu tenho ansiedade generalizada. Eu sou uma pessoa que me preocupo muito com tudo, até hoje (...)Eu sempre fui uma pessoa ansiosa.(...) por exemplo, a... a minha família é toda tranquila, tudo calmo, não tenho motivos pra ficar assim, mas eu sou, nem minha mãe era, supertranquila, meu pai... mas é assim (...) Quer dizer que eu sou uma pessoa... sempre fui, sempre fui assim*" (E12– tempo de uso informado: "13 anos")

"*O Rivotril eu comecei a usar em 1990, é.... tive crise... síndrome do pânico, numa época em que ninguém sabia direito o que que era isso. Aí eu fui num médico. (...) Aí ele me passou um antidepressivo. E o Rivotril pra tomar .... à noite, né, 2mg à noite... na hora de dormir(...) Eu já tenho um distúrbio de ansiedade meu, é de nascença. E fiz um exame uma vez que... era uma coisa meio experimental, mapeamento cerebral (...) E aí deu que eu teria uma depressão crônica, de nascença mesmo, quer dizer um mau funcionamento nos neurotransmissores."* (E10– tempo de uso informado: "26 anos")

"*Eu... tive síndrome do pânico, mas eu não tomei Rivotril. Eu tomei Olcadil uma época, parei... aí eu tomei um antidepressivo, o Lexapro, um tempo. Fiz tratamento psicológico, fiquei uns dois anos tratando... Aí, um dia, no meio de uma crise assim.... no trabalho, minha pressão chegou a aumentar, assim sabe. Aí a médica veio, lá* (no trabalho) *tinha psiquiatra, aí ela falou 'cara, você tem que tomar Rivotril'(...)Eu tinha algumas crises de ansiedade, assim, mas eu conseguia até controlar alguma coisa, mas assim... chegou num ponto da minha pressão subir! Do meu coração dar taquicardia, a pressão subir e tal. Eu tava com 180 batimentos! Aí a médica, a médica falou 'cara, você tem que tomar.' Aí eu comecei a tomar"*. (E9– tempo de uso informado: "9 anos")

Outra forma muito observada de iniciar o clonazepam, mesmo que por indicação médica, deu-se a partir de queixas mais difusas variando entre nervoso, ansiedade, agitação, tensão, angústia, entre outros, não raro advindas de "problemas da vida" (sic) ou fatos específicos ocorridos na vida dos respondentes. Em geral, questões referentes a circunstâncias familiares, de trabalho, de rotina, bastante diluídas nos fatos ordinários da vida e não referenciadas a transtornos como no item anterior, ao contrário, às vezes o respondente diferenciava "*fiquei muito depressiva, mas não cheguei a ter depressão não...*". Logo, demonstra a larga faixa de atuação do clonazepam nas diferentes questões e vicissitudes da vida, de acordo com os relatos.

"*Eu comecei a tomar o Rivotril justamente por eu ser muito assim... ser muito... como se diz... tensa, sabe. Eu sou muito assim ansiosa. Então aquilo tava, me deixando assim meio estranha sabe. (...) então, assim... situações assim, diárias, entendeu? É... assim, familiares também... então, eu sou uma pessoa muito ansiosa, muito mesmo, eu quero resolver aquilo o mais rápido possível e a gente sabe que não consegue, né (...) Aí eu fui na médica, ela falou 'Então vamos começar com Olcadil'. Aí eu tomei o Olcadil, aí ele começou a não fazer muito efeito. Aí ela foi e me passou o Rivotril*". (E13– tempo de uso informado: "são anos!")

"*É... o Rivotril foi-me indicado na época da quimioterapia, foi quando eu tive um câncer e... na terceira quimioterapia a pressão subia muito, mas eu nem percebia que a pressão subia muito. Aí o oncologista resolveu me passar o Rivotril para eu ficar um pouco mais tranquila e... fazer a quimioterapia com mais tranquilidade*". (E1– tempo de uso informado: "4 anos")

"*É, eu comecei a usar, porque eu tive assim... o antecedente disso tudo é o seguinte, eu já há muitos anos que tenho... eu sempre dormi pouco. Sempre. Não fui pessoa de dormir muito. Eu quando dormia 4, 5 horas, tava... tava bem. Aí com a idade, as coisas vão se modificando, as*

pessoas passam por problemas, perder meu marido (...)" (E5– tempo de uso informado: "2 anos")

"*É... Eu uso o Rivotril há mais ou menos, uns doze anos, não é? Eu comecei a usar porque eu comecei a sentir... muita angústia no peito, é... em certas situações eu sentia tremedeira e... problemas mesmo da vida né, eu acabei, eu sempre fui uma pessoa mesmo agitada e quando a gente vai, vai vivendo aqueles momentos mais difíceis né.... acabei que eu precisei e... acho que foi um coisa boa. Não me arrependo. Foi uma coisa muito boa"* (E3– tempo de uso informado: "12 anos")

"*É... Eu tive um problema com o meu filho, meu filho saiu de casa e aí realmente entrei em crise. Fiquei muito nervosa, muito depressiva , não cheguei a ter depressão não, mas fiquei muito depressiva e.... fui a uma psiquiatra. A um psiquiatra. E esse psiquiatra me receitou o Rivotril, não somente o Rivotril...*" (E2– tempo de uso informado: "12 anos")

"*Eu trabalhava e eu era muito nervosa, nervosa demais(...)Então, eu fui na Dra. do hospital mesmo que eu trabalhava, psiquiatra, aí ela passou o Rivotril (...)Eu era muito nervosa, muito, muito, muito, demais. Chorava muito e... era muito nervosa mesmo, demais (...)Era mais pra dormir. Pelo menos, que eu saiba, ele é, que se diz, ele é anticonvulsivante, né, mas eu nunca tive isso né, nunca tive essas crises. Era mais pra dormir que ela passava pra mim. Uma coisa que eu esqueci de citar. Eu fiquei muito nervosa, chorei muito, foi quando eu... foi o que desencadeou isso, foi quando eu tive um namorado muitos anos e depois ele me largou e casou com outra. E, eu acho que, e... isso esqueci de falar, isso que eu acho que desencadeou meu nervosismo."* (E11– tempo de uso informado: "20 anos")

"(...) eu não tomei porque eu quis. Não é que eu fui pra um médico falar 'estou nervosa, estou... ansiosa, estou... não consigo dormir!' Foi um, um médico familiar que viu que eu estava passando por uma crise emocional que foi quando meus filhos todos vieram morar pra cá (saíram de casa), *que ele achou que eu tinha que ter alguma coisa pra me acalmar um pouco*". (E8– tempo de uso informado: "pelo menos 20 anos")

Percebe-se nesses trechos, o quanto o clonazepam foi se imiscuindo no dia-a-dia desse grupo de participantes, a partir de questões identificadas por eles como possíveis marcos, circunstâncias ou fatores desencadeantes, geralmente ligados a histórias familiares, fatos específicos ou questões ordinárias. Percebe-se como tais questões permaneceram, de alguma forma, presentes no decorrer de suas vidas, tendo em vista o tempo informado de uso, a partir desse início do consumo do clonazepam. Indicado para acalmar, dormir, dar tranquilidade, o clonazepam aparece em um amplo cenário.

d) O(s) lugar(es) do clonazepam: trânsitos e percursos;

A trajetória do clonazepam na vida dos respondentes assumiu formas bastante peculiares. A partir do início do consumo, o lugar dado ao clonazepam ou por ele assumido

dependia do cenário estruturado pelo relato do participante de acordo com os elementos que estavam em interação na história. Esse eixo é importante, na medida em que demonstra que não há um lugar fixo e imutável para essa substância, seja no micro contexto do participante, seja na circunstância histórica e social que o comporta. Sendo assim, uma vez que há deslocamentos, considera-se que os sentidos dados ao clonazepam, bem como as práticas de gestão, também vão se transformando nesses percursos. Em linhas gerais, foram observadas quatro tipos de trajetórias principais: predominantemente periférica, predominantemente central, da periferia para o centro e do centro para a periferia.

Um primeiro cenário observado demonstrou estruturar-se, por exemplo, em torno de um tratamento medicamentoso mais complexo, calcado em algum tipo de transtorno, no qual o clonazepam aparecia como mero coadjuvante em relação a outros psicotrópicos, assumindo uma posição predominantemente periférica, conforme relato abaixo:

"Bem, eu, eu sofri uma... uma crise depressiva, quando eu tinha 30 anos, há 30 anos atrás. Nessa época a medicação que eu tomei, eu nem sei se existia o Rivotril. Não foi o Rivotril como ansiolítico, porque a depressão é uma coisa bem mais complicada do que tomar só Rivotril. Eu tomava Frontal, e depois eu passei pro Lorax. (...) O interessante é que quando eu comecei a usar o Rivotril, eu achava que ele parecia água...porque na verdade eu acho que eu tava já um pouco assim... acostumada, não digo dependente não, do Frontal (...). Eu queria mesmo continuar com o Frontal. Eu achava ele (o Rivotril) *uma droga. Mas... então depois eu tomei o Frontal e ele não me deu sono. O Rivotril realmente eu acho mais fácil de tirar. (...) O que eu preciso mesmo é do, do... algo pra depressão. Isso é o que eu preciso. Inclusive, os remédios modernos não sustentam a minha depressão(...) Ó... eu não ligo pro Rivotril, porque eu tomo só 2mg à noite, não sei dos problemas dele. Eu sempre foquei assim... em ir à luta, meu antidepressivo... Eu já dormi sem Rivotril também, eu vou testando as coisas, se vão me fazendo falta ou não... Aí tem vezes que eu não tomo. Tem dias que eu deito e não durmo, aí eu tomo.(...) às vezes, quando eu percebo... que não preciso de Rivotril, mas sem o Seroquel eu nunca dormi.(...) É isso... Muito mais difícil é o esquema psiquiátrico em si todo. O Rivotril não tem peso no meu problema." (E4)*

Nesse trecho, observa-se o quanto o clonazepam foi recebido, inicialmente, com resistência e o quanto, no momento, embora inserido no "esquema psiquiátrico" (sic), aparece em um lugar secundário no tratamento da respondente e na forma como ela se relaciona com ele. É um lugar marginal, que parece acompanhado por certo desdém ("*não sei dos problemas dele... não tem peso no meu problema*"), no qual ele parece substituível, colocado em um lugar não essencial (dorme sem o Rivotril, mas precisa do Seroquel). Esse lugar de certa banalização (remédio que "*parece água*") é possível observar não só no relato de alguns participantes, mas também reforçado por certa atitude de alguns médicos:

"*Nunca tinha tomado nenhum desse tipo de droga (*clonazepam*), mas em meio a essas consultas psiquiátricas, para pegar receita, eu falava 'ah, tô com dificuldade de dormir', em função da venlafaxina, da bupropiona, e o Rivotril era uma espécie de brinde. Então, o psiquiatra 'ok, então você pode tomar um Rivotril, que pode te ajudar a dormir (...)" (E6)*

Esse participante, embora tenha aceitado participar da entrevista por uso de clonazepam, falou significativamente mais das outras substâncias que utilizou, de forma que apenas na metade da entrevista falou do Rivotril, conforme exposto abaixo:

"Facilidade (em conseguir o Rivotril), *tanto é que eu esqueci de falar do Rivotril para você. O Rivotril vinha como se fosse... ah, sei lá, conversava com o psiquiatra e falava 'ah, tenho dificuldade de dormir', então pegava uma receita, um bilhete daquele azul 'porque aí você dorme'. E eu não me sentia bem tomando Rivotril, achava um pouco... me dava uma sensação de sono, mas... eu acordava meio 'dormi mas não repousei'- isso que eu sentia. Eu dormi, mas dormi sem sono. Essa era a sensação que eu tinha com o Rivotril*". (E6)

Ao lado das outras "drogas" (sic), o clonazepam aparecia como "*brinde*" do médico e como algo de menor importância, reforçada pela atitude do respondente que se dá conta que estava quase esquecendo de falar do clonazepam, dando ênfase a outras substâncias. Se por um lado, médico e paciente convergem nessa visão do "Rivotril como brinde", como banalidade, como acessório, por outro, pode ser ponto de conflito entre médico e paciente, na medida em que, enquanto para um o Rivotril pode ser periférico, para outro ele parece ser central:

"(...) tive crise... síndrome do pânico, numa época em que ninguém sabia direito o que que era isso. Aí eu fui num médico (...) que era só medicamentoso, né. Ele só pensava em medicamento(...). Aí ele me passou um antidepressivo. E o Rivotril pra tomar ... à noite, né, 2mg à noite... na hora de dormir. Foi quando eu comecei a tomar o Rivotril e o antidepressivo. Eu fiquei e em uma semana eu não tive mais crise de pânico. Com dez dias de tratamento eu tive a maior crise de pânico de todas que eu já tinha tido. Aí é... eu voltei pra ele... aí ele me passou um outro, é... um outro remédio. O primeiro foi Wellbutrin, o segundo foi... não tô me lembrando o nome agora, é... Então, eu também fiz a reação adversa (...) o Rivotril eu me dei maravilhosamente bem (...) ele (um novo psiquiatra) *começou a, a... a ser impositivo, ser forte na coisa d'eu tomar o Anafranil. Que eu tava doente, que eu tinha que tomar o remédio, porque isso era uma doença não só emocional, mas também física, que havia um problema na, no.... na receptação dos neurotransmissores, né, naquela época ainda nem dividiam né os tricíclicos. Que eu tinha que tomar o remédio, que eu não ia ficar boa com o remédio, que o Rivotril servia como é... calmantezinho, mas que passava o efeito dele e voltava tudo, por isso que eu não tava ficando boa, aquela coisa toda e tal. (...) Mas aí eu tava super resistente ao remédio. Antidepressivo eu não queria nem ouvir falar. Não aceitava antidepressivo de jeito nenhum, porque as minhas experiências tinham sido péssimas e o Rivotril tava segurando(...) O Rivotril não quero tirar. É o único que me dá segurança.*". (E10)

Em outros casos, nos diversos percursos observados, foi possível identificar também um deslocamento do Rivotril de um lugar marginal para o centro, de rejeição inicial para necessidade primordial, assumindo o protagonismo da cena para o respondente, conforme relato a seguir:

"(...)eu antigamente, mais de 10 anos eu tomei Lorax. E eu tô tomando o Rivotril há uns 13 anos direto. (...) Eu tinha ouvido falar (do Rivotril) *e, e, custei a... a mudar. Porque o Lorax, eu achava até que ele era... fazia mais efeito tá entendendo? O Lorax. Mas, quando eu fui passando aos poucos pro Rivotril, e a médica (*oncologista*) achando que eu deveria tomar o Rivotril em vez do Lorax, eu fui me acostumando e aí... tá, até hoje tá dando certo. (...) Eu comecei com o Rivotril, eu achava que o Lorax era mais forte, eu achava, e custei assim... fui aos bocadinhos, mas como ela me falou assim tão mal do Lorax, que, que... 'já que você quer, tomar (...) o Lorax e tudo, passa pro Rivotril que não faz tão mal como o Lorax. O Lorax é pior'. Ela me convenceu. (...) Mas todos os, os psicólogos que eu fui, os psiquiatras, todos os remédios me fizeram mais mal do que bem. (...) Quer dizer que... eu agora, desisto, não vou mais à psiquiatra, não vou. Porque todos eles, eu, eu, tudo o que eu tomo, me faz mal. Piora... teve um remédio, que eu já, eu já... antigamente eu me lembrava, agora eu já não me lembro mais o remédio que eu tomei, que no primeiro dia que eu tomei, eu não dormi a noite inteira. A noite inteira eu não dormi com aquele remédio, quer dizer... E o Rivotril até hoje, não está... não, não dá problema nenhum. Eu posso tomar de manhã e ir pra rua que eu não sinto nada!(...) Aí eu só...eu, eu, não, e eu não adianta que eu num, eu não paro de tomar o Rivotril(...) Pra onde eu vou eu tenho que tomar o Rivotril".* (E12)

Nesse sentido, fica visível como o clonazepam vai se movendo em trajetórias não previsíveis no percurso das diferentes histórias, nas quais os deslocamentos são múltiplos. Recebido com desconfiança por essa entrevistada, o clonazepam foi sendo utilizado com certa resistência até se enraizar de tal forma no cotidiano da respondente, que hoje ela não sai mais de casa sem ele. Relata desistir de ir ao psiquiatra por conta de todos os remédios que lhe foram receitados e lhe fizeram "*mais mal do que bem*" e, nesse quadro, o clonazepam parece ir fortalecendo uma posição central para ela.

Da mesma forma em que se observou um deslocamento do clonazepam de um lugar periférico para um central, também foram vistos casos, nos quais do centro ele transitou para a periferia:

"*Eu sou muito assim ansiosa. Então aquilo tava, me deixando assim meio estranha sabe. Aí eu fui na médica, ela falou 'Então vamos começar com Olcadil'. Aí eu tomei o Olcadil, aí ele começou a não fazer muito efeito. Aí ela foi e me passou o Rivotril. (...) Aí me passou Rivotril de 2mg, sendo que, não tem de 1mg, né, aí ela mandou que eu tomasse metade. E, assim, eu comecei a me sentir mais relaxada(...) Eu senti do... o Rivotril melhor. Ele me deixa mais relaxada, entendeu? (...) Só que de, de uns tempos pra cá, eu tô achando que não tá tão... assim... me sentindo relaxada como eu me sentia, entendeu, no início (...) Eu fui diminuindo. Eu fui diminuindo. Aí um dia eu tomava meio, outro dia eu não tomava..."* (E13)

"Eu trabalhava e eu era muito nervosa, nervosa demais (...) Então, eu fui na Dra. do hospital mesmo que eu trabalhava, psiquiatra, aí ela (...) passou o Rivotril pra mim, e a fluoxetina. Esses dois. E eu todo mês, eu ia nela e conversava, e aí ela botava de novo o remédio, depois, eu trabalhei sempre tomando isso(...) É, o Rivotril. Mas, é... antigamente ele fazia um efeito bom. Eu tomava e dormia logo. Agora, atualmente, não(...) antigamente, eu tomava e apagava na hora. Agora não. Agora eu, eu, tomo o remédio e fico sem sono até 2, 3 horas da manhã. E tem dias que tomo e não faz efeito mais nenhum. Eu, eu falei, bom, já que tá desse jeito, eu vou fazer o seguinte: velho não dorme mesmo, eu já não trabalho mais, não tenho ninguém, sou sozinha. A hora que eu quiser deitar e dormir eu posso, então eu vou parar de tomar o remédio por minha conta. Aí, tô tomando assim, dia sim, dia não. (...) é porque eu quero ver se eu paro porque agora eu tô tomando muito remédio. Agora eu tô tomando muito remédio (para hipertensão, para coração, para estômago e vitaminas, segundo informou). *Quando eu tomava só pra dormir... quando eu tomava só pra dormir, era só pra dormir, mas agora que eu tô tomando muito remédio, aí eu tô querendo tirar. (...) Eu tô querendo tirar o Rivotril porque eu acho que não há mais necessidade". (E11)*

Percebe-se nesses exemplos como a mudança na experiência do participante em sua relação com o clonazepam implicou mudanças nas práticas de uso em torno do medicamento, nas dosagens, na ingesta. O fato de não estar mais fazendo o efeito inicial, aliado às mudanças nas circunstâncias de vida, explícito especialmente no segundo trecho, fizeram com que o clonazepam deslizasse para outra posição. Se durante anos ele foi central, quando a respondente precisava acordar cedo para trabalhar e dar conta de suas atividades ("*eu sempre trabalhei tomando isso*"), no momento, em um contexto no qual ele é mais um remédio dentre outros na vida dela e no qual ela não precisa mais trabalhar, etc, ele parece estar assumindo uma posição periférica. Nesse quadro, tornou-se o escolhido, exclusivamente por ela, para ser retirado na sua "hierarquia de medicações".

Por fim, um quarto tipo de percurso observado em alguns relatos foi um caminho iniciado no próprio centro (com grande aceitação inicial) e, mais do que a manutenção, um enraizamento nesse lugar, com certa resistência a qualquer deslizamento do clonazepam para outra posição:

"*Depois, realmente, com uns problemas lá da vida né, aí eu fui ... recorrer, foi em 2004, que fui ao psiquiatra e aí então... eu comecei a tomar remédio* (o Rivotril). *(...) As inseguranças... (...) e eu sou uma pessoa também que eu não sou muito social..., às vezes, quando eu ia pra algum lugar eu não me sentia bem..., sabe? E aí tudo isso com o Rivotril eu comecei a adquirir a melhora em tudo. A minha vida passou a ser melhor...sabe? Então, pra largar agora é complicado*". (E3)

Esses movimentos de "largar ou não", "de não ficar sem", de "tomar um dia outro não", entre outros, que emergem na fala dos próprios participantes, em diferentes momentos das entrevistas, demonstram as diversas posições que o clonazepam ocupa no contexto de

vida de cada respondente. Dessa forma, o que configura determinada posição ou trajeto depende da relação dos demais elementos em campo, seja com outros medicamentos ou psicotrópicos, seja com determinadas experiências de vida, seja por estar inserido ou não em uma relação médica ou de tratamento, além da própria experiência do sujeito com o clonazepam em si ao longo do tempo, entre outros.

Ressalta-se que tais percursos são mais complexos e nuançados do que é possível expor aqui, dada a singularidade de cada história, mas por não se estar fazendo um estudo de caso ou de história de vida, não é possível enveredarmos para esse tipo de análise. Contudo, cabe ressaltar que é mais adequado falar-se em centros e periferias no plural, por serem múltiplos e fazerem parte de um *continuum*. Para fins de ilustração, buscou-se destacar na fala dos entrevistados linhas gerais nesses percursos capazes de revelarem a complexidade das experiências, sentidos e práticas de uso do clonazepam, que longe de serem homogêneas, revelam rica diversidade.

e) Práticas de gestão/administração do uso;

Foram identificadas três formas principais de gestão de dosagens, frequência e forma de ingesta do clonazepam.

Em uma forma de gestão, os entrevistados demonstraram seguir minuciosamente as orientações médicas, mesmo se estivessem se sentindo insatisfeitos com as dosagens e os efeitos do remédio, conforme exemplos a seguir:

"(...) tava no 2mg e ele botou pro 5mg. Agora eu tomo o de 5mg (...) já tem uns... cinco. Cinco anos. Tudo à noite. Só a noite.(...) Tem vezes que eu fico muito chateada, que às vezes eu acordo com tanto, tanto sono, cansada, que eu sinto vontade de tomar dois! Aí... mas aí você fica na vontade e eu tenho medo.(...) De dar alguma coisa né? (...) Aí não tomo dois. (...) Aí... vou do jeito que ele mandou, um por noite". (E7)

"*Bom, aí então... foi ele* (o neurologista) *que receitou o Rivotril. E o meu médico* (clínico geral) *confirmou. E depois até diminuiu a dose de cinco pra quatro. Quatro gotas que eu tomo na hora de dormir. Então, é muito relativo, viu?. Há dias que ele me faz bem, há dias que ele não faz, e eu resolvi continuar com ele porque acho que se tirar, não vai fazer bem à minha... ao meu eu. Que aí eu talvez fique preocupada com isso. O meu médico aconselha que eu continue, então eu tomo. Mas há dias que eu durmo melhor, há dias que eu passo, à noite, né, dias à noite, em claro. Quer dizer que, eu não vejo assim uma ação do remédio em mim (...)Eu não faço nada por conta própria. Eu acho que você tem um médico, que é seu médico desde 1994, quer dizer, que tem 22 anos. Se você não confiar nele, vai confiar só em Deus." (*E5)

Ainda de acordo com essa primeira forma de gestão, está o grupo que seguia as recomendações e ia informando ao médico intercorrências ou necessidades de novos ajustes, só procedendo alguma mudança após instrução do médico:

"Eu tomava à noite, 10 gotas. Eu comecei a tomar o Rivotril em gotas. Tomava 10 gotas toda noite. E aí realmente tive um sono muito mais tranquilo, né. (...) Aí depois eu comecei a reduzir.... quer dizer, eu não sei se, se aí é uma redução. Eu passei do de 10 gotas pro Rivotril 0,25mg.(...) É, decisão dele (do médico). *Aí eu passei a tomar o de zero... não, não, não foi isso não! Não passei a tomar o de 0,25 não, eu passei a tomar o de 0,5, tá. Passei a tomar o de 0,5 à noite. E passei durante muito tempo tomando o de 0,5. E durante o dia... aí eu comecei a sentir aquelas angústias na, no peito assim, na parte da tarde. Aí é que ele passou a, a... o sublingual de 0,25. Aí eu tomava o sublingual à tarde e à noite eu tomava de 0,5, entendeu? E assim foi. Hoje em dia, é... eu tomo o de 0,5 à noite e quando há necessidade, eu tomo o de 0,25 durante a tarde, que é quando eu sinto, às vezes, aquele incômodo no peito. Mas, hoje em dia eu tomo... muito pouco à tarde, mas às vezes eu preciso. Mas é muito pouco! (...) É, inclusive, assim... no início do tratamento ele falava pra mim 'se um sublingual não adiantar, você pode tomar outro!'. Aí, às vezes, eu tomava."* (E3)

Inclusive a forma de uso, nesse primeiro modo, segundo a qual a pessoa decidia se tomava ou não o sublingual, dependendo do "incômodo no peito", foi por meio da própria recomendação médica. Cabe destacar que se observa também uma gestão de acordo com a emoção, pois o uso sublingual recomendado ficou a cargo da decisão da paciente, considerando a angústia e o incômodo no peito como fatores eliciadores do uso e da dose (pois podia tomar até dois sublinguais).

Uma segunda maneira de gestão mostrou os entrevistados seguindo as orientações médicas, porém delas se distanciando em alguns momentos, adicionando mudanças próprias ao esquema inicial. Desse modo, criavam uma forma de gestão (à sua maneira), de certa forma, mesclada com as orientações dadas pelo médico e mantendo a continuidade às consultas, relatando em algum momento ao médico as modificações realizadas.

"*Foi assim que comecei, ela* (oncologista) *passou 8 gotas (...) pra eu me tranquilizar. Descansar, dormir... porque eu não conseguia dormir na quimio.(...) Aí ela me passou pra psiquiatria (...) eu já fazia uso do Citalopram para depressão e o Rivotril era um complemento pra dormir, porque eu também não dormia. Aí ele* (psiquiatra) *aumentou pra 10 gotas. (...) Aí depois passou pra 10, depois passou pra 15 e eu cheguei a 50 gotas (...) Teve... é... uma ansiedade minha que eu aumentei. Porque eu já não dormia mais.(...)* (O médico indicou) *até 20 gotas, mas eu não conseguia dormir mais com 20.*(...) *Ele* (o Rivotril) *não me ajudou mais. Durante dois anos.(...) Por isso que fui aumentando, a ansiedade foi aumentando... e a angústia de não... de tomar, e deitar e não conseguir dormir ... eu só conseguia dormir às 04 da manhã! Eu falei com o médico isso! 'Eu não consigo mais dormir. Eu fico nervosa!', eu ficava nervosa... porque eu tomava a medicação e nada, entendeu? (...) era o único medicamento que eu tinha acesso. Eu não sabia qual era o outro medicamento.*

Meu irmão não podia me medicar. E o psiquiatra só me atendia de dois em dois meses. E eu falava pra ele e 'não, vamos continuar, vamo continuar'. Ele insistia! Aí eu 'Dr., mas eu não tô aguentando!' Aí ele 'Vamos até o final... vamos até... onde você me disser assim...Vou tomar cem gotas!' (em tom de brincadeira, risos) 'Mas será? Vou tomar assim o vidro inteiro?' (risos). Entendeu? Aí ele 'Não, vamo, vamo tentar... você tenta fazer uma atividade física e tal'. Eu até tentei caminhar, mas aí pra caminhar, tinha que acordar cedo e eu não conseguia(...)Aí que eu falei com o psiquiatra, porque nem com 50 gotas eu não conseguia dormir". (E1)

"(...) quando eu comecei a tomar, eu tomava... é... meio comprimido de 1g, meio de manhã, meio comprimido de 1g é... de tarde, eu acho que eu tomava um de 1g. E nessa época eu não conseguia dormir. Aí o médico me passou, mesmo com o Seroquel, me passou de 2mg. Aí eu consegui acertar esse esquema: dois Seroquel com dois Rivotr... um Rivotril de 2mg. Aí como eu passei a tomar esse 2mg, eu achei que eu tinha que tirar os do dia. O médico não mandou não, mas eu tirei na maior.(...) Eu tirei o Seroquel que eu tomava durante o dia, tirei o Rivotril que eu tomava durante o dia e só contei pro meu médico dois meses depois (...)Aí o médico, o médico foi engraçado, ele diz assim... 'Ah, que eu tenho facilidade em abandonar as coisas'... eu não tenho facilidade em abandonar as coisas... a gente é muito fácil abandonar o que não faz falta. Eu me lembro que o Parnate, o primeiro antidepressivo que eu tomei... eu tinha pânico de sofrer o que eu sofria, eu não conseguia tirar de jeito nenhum o medicamento. Você só acre... Se você achar que vai continuar normal, você tira... eu acho... eu penso assim. E comigo é assim!(...) É, olhe só, talvez um dia eu tire o Rivotril." (E4).

Observa-se o quanto a entrevistada maneja doses e ingesta, de acordo com suas experiências com as diferentes medicações. Inicia seguindo a orientação médica, deixa bem claro que "ela conseguiu acertar o esquema", a partir de suas experimentações de doses, e como o médico aumentou a dosagem da noite do clonazepam, ela decidiu que tinha que tirar o comprimido do dia. Só relata ao médico dois meses depois e coloca a facilidade em retirar aquilo que não acha que esteja fazendo falta. A partir do esquema do médico, ela faz seu próprio esquema. Sua própria ponderação, pois o "*pânico de sofrer o que tinha sofrido antes do Parnate*", já a impedia de agir com ele da mesma forma como fez com o clonazepam. Com isso, já aparece um vislumbre da racionalidade com a qual ela gere suas medicações.

Contudo, em ambos os exemplos, as entrevistadas retornam às consultas e contam suas modificações aos médicos, abrindo espaço para algum tipo de negociação, o que fez o psiquiatra do primeiro exemplo aventar a possibilidade de trocar a medicação e pensar em uma estratégia já nesse sentido, segundo informações da respondente. Ressalta-se em relação a esta, que seu aumento de doses também parece associar-se a uma tentativa de gerir suas emoções, na medida em que relaciona o aumento das doses à ansiedade e à angústia (de deitar e não dormir).

Por outro lado, há um terceiro grupo que segue uma gestão medicamentosa do clonazepam, praticamente independente de qualquer orientação médica, embora alguma

orientação inicial possa ter sido fornecida. Contudo, o percurso é de afastamento quase total do médico e do desenvolvimento de um esquema próprio de gestão/administração. Conforme ilustrado pelo trecho um pouco mais extenso abaixo:

"(...) maio de 2007. Aí, eu comecei a tomar. De lá pra cá, eu nunca mais parei. Eu tomo todos os dias! Se eu não tomar, tipo... é psicológico assim... se eu não tomar eu acho que eu vou ter alguma coisa. Hoje em dia, eu já nem acho que seja tão psicológico assim... porque... se eu não tomar... a minha cabeça fica meio confusa sabe?(...) Confusa não de... de pensamento assim 'ah não sei onde eu tô, não sei o que' não... é... meio embaralhada assim... aí eu... me sinto meio mal. Aí eu tomo e melhora. (...)essa médica (psiquiatra que indicou o Rivotril pela primeira vez), *tinha mandado eu tomar assim* (0,25mg), *de manhã, no almoço e à noite.(...) eu fui tomando, aí depois eu aumentei pra 0,5, 0,5 e 0,5 e aí fiquei um tempo.. Eu que aumentei, porque ela não acompanhava nada. Depois que eu fiquei só com o Rivotril, eu não acompanhava nada.(...)... aí eu aumentei, eu aumentei porque eu tinha crise.(...) Hoje em dia eu só tomo 2mg por dia. Aí eu tomo assim, eu tento, aí eu não tenho médico que acompanha. Tinha a médica* (outra psiquiatra) *que eu fui quando a minha mãe morreu pra me passar o antidepressivo. E ela passou o antidepressivo. Eu queria tirar o Rivotril. Eu falei 'cara, me ajuda a tirar o Rivotril', ela falou 'cara não é a hora agora', aí, me deixou com o Rivotril.(...) Ela falou assim 'você tem que tomar 2mg antes de dormir, porque o efeito do Rivotril tem que ser quando você vai dormir', eu falei 'tá bom'. Só que passa o dia, e aí pô, bando de estresse, na metade do dia eu já tô assim 'cara, tenho que tomar!'. 'Não', aí eu me distraio, não sei o que... aí chega assim, seis horas no máximo, aí eu tomo. Eu não tomo antes de dormir e se eu tomar antes de dormir, eu só posso tomar 1mg, senão no dia seguinte eu não acordo às seis da manhã nem pagando. Eu... até acredito que eu tenho uma resistência muito boa, porque... desde que eu comecei a tomar o Rivotril, eu comecei com 0,25, passei depois de muuuito tempo pra 0,5 e hoje em dia eu tomo 2mg, assim, porque eu passei por um monte de coisa que eu tomei muito (...) Eu fiz dois tempos de terapia. Primeiro, né, quando eu tive a crise, o começo da crise de pânico. E o segundo tempo, quando eu comecei a tomar o Rivotril também. E aí... nesse segundo tempo, eu consegui diminuir muito!(...) Aí, consegui uma época chegar a 0,25 por dia, só... assim quase que parando... porque como ele também é anticonvulsivante ele tem alguns efeitos então você não pode chegar e parar e aí eu tava quase parando assim, tinha diminuído muito... aí teve o negócio da X (filha) que ela foi pro CTI, aí eu tomava Rivotril a cada acho que a 10 minutos. Tomava, tomava, tomava, tomava, tomava...(...) eu tomava muuuito! Então eu ficava retardada. Então foi uma época que eu dei um salto assim. Tipo, se eu tava tomando 0,25 ao dia, no máximo 0,5, eu passei a tomar 2mg por dia.(...) aí assim, aí qualquer alteração que ela tinha, eu tomava um Rivotril, parecia balinha assim, tic-tac. Aí eu tomei muito.(...)* (Atualmente) *Mas eu também evito tomar muita quantidade. Só, assim, se eu tiver muuuito mal que eu chego a tomar dois de manhã, 2mg de manhã e 2mg à noite, mas assim, agora já tá ficando até raro. Eu tomo só 2mg durante o dia se... eu nem gosto. Eu, eu quero diminuir. A minha vontade é parar de tomar (...)Eu queria... eu queria muito diminuir, eu cheguei a comprar agora, há... sei lá, uns três meses atrás, dois, sei lá... falei, cara, vou comprar de 0,25, eu vou diminuir. Vou tomar um comprimido. Vai suprir a minha necessidade psicológica de tomar um comprimido inteiro, mas eu vou estar tomando 0,25. Então, assim, eu vou, eu vou me boicotar e vou conseguir diminuir..." (E9)*

Nesse recorte, parece haver um percurso significativo, no qual foi possível observar mudanças de doses e momentos de uso condicionados às circunstâncias de vida da

respondente ("*internação da filha no CTI*", "*bando de estresse durante o dia*", etc), passando por relações de diminuição e aumento das frequências de acordo com fatores estressores ou outros tipos de suporte em cena, como o da terapia. Tem uma gestão própria, associada a um desejo de diminuir e parar, sem menção a uma busca de auxílio médico para isso. Ela segue tentando estratégias individuais, como a de "*boicotar sua necessidade psicológica de um comprimido inteiro*" (sic).

Observa-se no trecho exposto que a ida à psiquiatra foi para orientação quanto ao antidepressivo, que ela já não toma mais. Quanto ao clonazepam, ela verbaliza "*só com o Rivotril eu não acompanhava nada*" (sic), isto é, há diferentes estratégias de gestão de acordo com a substância em jogo. Na sua gestão do clonazepam, o psiquiatra está fora do circuito, ela gere ao seu modo e ainda busca atingir uma meta pessoal quanto ao seu uso do clonazepam. Cabe ressaltar também que a gestão do clonazepam parece (ir)remediavelmente ligada à gestão das suas emoções, uma vez que relata os momentos de ingesta e os aumentos de doses associados a situações de estresse no dia-a-dia, difíceis momentos da filha no CTI ("*a cada alteração era um Rivotril*"), entre outros.

No outro exemplo a seguir, ainda de acordo com esse terceiro modo de gestão identificado, a respondente determinou para si uma maneira específica de administração, de acordo com sua vida de trabalho.

"(...) realmente eles (psiquiatras do trabalho*) me deram um Rivotril por dia. Mas se eu tomo um Rivotril à noite, de manhã tô tonta.(...) quando me deram de 1mg, já te falei, tomei dois dias e fiquei tonta, parecia que andava caminhando em cima de um colchão. Aí abaixei a dose. (...) eu fui descendo por causa disso. (...) muito gradualmente não foi, porque desceu pra meio e desceu pra um quarto. Isso devo ter feito em um mês. Menos... menos de um mês.(...) tomo um quarto de 0,5mg de domingo à quinta e sexta e sábado tomo meio. Agora, se tô muito nervosa... durante a semana, bom, meu trabalho é muito estressante, e se eu tô muito nervosa, é capaz que eu tome meio, mas é muito difícil. (...)* (sexta e sábado é meio) *Porque eu, na minha cabeça, eu posso dormir até mais tarde. Mas continuo acordando cedo.* (...) *Só não posso tomar mais do que tomo... porque sou muito é... eu sou muito sensível à medicação. Há muitos anos atrás, eu era muito nova... meu pai ficou doente sei lá e... eu não vou me esquecer nunca, me deram um Valium. Eu fiquei acho que... dois dias sem dormir, porque me fez um efeito... ao contrário. E... Eu não posso tomar miorrelaxantes... quer dizer, posso. Mas tenho que tomar e dormir, porque eu fico feito... mole, se tiver com dor e tiver que tomar um miorrelaxante... eu sou hipersensível à medicação. Então não posso tomar. Não preciso mudar o Rivotril. Eu tô bem com o Rivotril"* (E8)

Essa respondente, após a indicação da dosagem inicial por colegas psiquiatras de seu trabalho, há cerca de 20 anos, fez alterações próprias, de acordo com suas atividades diárias de trabalho e de lazer aos fins-de-semana, atingindo essa dosagem, que já mantém por cerca

de 15 anos, segundo informou durante a entrevista. Cabe ressaltar como suas experiências anteriores com outras medicações como Valium e miorrelaxantes foram lhe dando um conhecimento sobre suas reações corporais/físicas que, de alguma forma, contribuíram para sua percepção como sendo "*hipersensível à medicação*" (sic). Isso demonstrou incidir sobre as dosagens que definiu para o uso do clonazepam (diferentes para a semana e para os fins de semana), em sua própria forma de administração, de tal forma que aumenta para meio, sexta e sábado, por "*não precisar acordar cedo*", "*mas acorda cedo mesmo assim*". Porém, justifica não aumentar mais a dose por ser hipersensível à medicação de acordo com as experiências anteriores. Acrescenta ainda que caso se sinta muito estressada durante o dia, "*pode ser que tome meio*", também mostrando uma gestão do clonazepam de acordo com as circunstâncias (trabalho e lazer) e também com a emoção (estresse durante o dia).

Sendo assim, nesses últimos trechos, observa-se uma gestão bastante particular e própria do medicamento. Cabe destacar que, inclusive, a orientação médica inicial recebida não veio de uma busca ativa por parte das respondentes nesse grupo, mas sim a partir de profissionais conhecidos (do trabalho ou família), que tomaram a iniciativa de dizer que elas "precisavam" da medicação. De fato, quando uma delas vai à médica, ela explicita que o motivo da ida era para início de antidepressivo (embora tenha colocado o desejo de retirar o clonazepam sendo desaconselhada pela médica), prosseguindo posteriormente com sua própria forma de gestão.

f) Percepção de risco e benefício;

Na maior parte das entrevistas, é em torno da reflexão sobre a retirada ou não do clonazepam que aparecem as avaliações dos respondentes em torno da percepção risco-benefício e da racionalidade que constroem para sustentar suas decisões sobre a manutenção ou não do uso. Cabe ressaltar que, curiosamente, é uma construção que eles pareceram ir fazendo ao longo de toda a entrevista, dando suas posições sobre o que baliza a decisão em continuar ou não tomando, quase sempre retomando ou introduzindo algo dessa temática na pergunta de encerramento, fazendo uma espécie de síntese de suas "soluções". Risco e benefício sempre estão em relação e acabam assumindo contornos muito singulares. Contudo, foi possível identificar algumas formas de avaliação feitas pelos respondentes.

Em uma primeira apresentação observada, parece ter ocorrido uma forma menos conflituosa, talvez mais simples e direta de fazer essa avaliação. Por exemplo, quando os

efeitos indesejados são muito proeminentes para os respondentes, acompanhados por nenhum reconhecimento de benefício, no momento. Nesse caso, a opção por diminuição ou retirada fica mais determinante e parece menos conflituosa, conforme trechos a seguir:

"*E eu não me sentia bem tomando Rivotril, achava um pouco.... me dava uma sensação de sono, mas... eu acordava meio 'dormi, mas não repousei'- isso que eu sentia. Eu dormi, mas dormi sem sono. Essa era a sensação que eu tinha com o Rivotril. (...) Não gostei daquilo não. (...) me dava uma sensação ruim, me dava uma sensação de engano. Eu tomava aquilo, dormia, mas não resolvia o sono. Era como se me deletasse. Aí eu acordava do delete, digamos. Então, ao acordar do delete, eu me dava conta de que eu não tinha dormido, tinha apagado. O Rivotril me dava essa sensação. Ah, sim, aí depois, por conta de estar de saco cheio disso eu tinha lido sobre indutores do sono, tinha ouvido alguns amigos também falar sobre indutores do sono, aí eu pedi para um psiquiatra me passar um indutor do sono*" (E6)

Aliada a essas sensações, cabe observar a concepção de risco do próprio respondente:

"*Eu sabia que era risco tomar remédio* (em geral), *eu lia todas as bulas, ouvia os colegas, sabia de toda violência possível química, as supostas consequências a longo prazo, o que pode acontecer. Mas não me dava medo não. Era uma coisa meio irresponsável mesmo. Não sei se é irresponsável, porque eu estava me responsabilizando por mim, mas e também não posso falar 'assumi o risco', porque para mim não era uma questão. Me dava medo isso. O fato de eu não ter medo daquilo ali. E também eu desconfiava dos discursos de que essas drogas seriam as coisas demoníacas, que elas poderiam te deixar com Alzheimer, que poderiam te deixar demente. Sempre achei isso tudo muito hiperbólico. Pô, não é assim. Sabia dos riscos, mas colocava essa dimensão dos riscos no mesmo risco de sair na rua. Posso ser atropelado, posso sofrer alguma coisa ruim. Para mim essa questão das drogas, pra mim, sempre foram muito diluídas nisso, ok. Tem outras drogas. Tudo é risco, tudo é droga. Então, nunca tive medo. Sempre senti incômodo. Não era medo, era um certo incômodo (...) Sabia dos riscos, mas não me assustava com eles não. O que eu acho que é um perigo, não sei. Leigo, me parece, de quem toma essas drogas, porque de fato elas tem efeitos, não sei*". (E6)

Observa-se nesses trechos, por exemplo, que não há grande dificuldade para o respondente nessa avaliação. Por um lado, há uma insatisfação com o clonazepam, culminando em seu pedido ao médico por um indutor de sono. Por outro, a sua percepção de risco em relação a medicamentos se imiscui nos riscos da vida diária ("*sair na rua e ser atropelado ou acontecer algo ruim*") e não era uma "*questão*" para o respondente, segundo relata. Sendo assim, o risco está colocado pelo participante, todavia isso não é uma questão maior do que as questões da vida corriqueira. Dá a impressão de uma certa uniformização dos riscos e da trivialidade dos medicamentos, de forma geral, no exemplo em tela. Ao final, inclusive, sobre os possíveis efeitos de riscos, ele parece indagar-se e termina com um "*não sei*".

Por outro lado, parece haver um grupo no qual os ganhos percebidos ou efeitos interpretados como benefício são tão desejados, que fazem com que os riscos sejam minimizados ou subsumidos em algum grau, o que também não aparece como uma decisão muito conflituosa. Exemplos:

"De um modo geral, o que eu queria era parar de ter as crises, tá. Então o que ele me desse dizendo que parava de ter as crises, eu tomaria, tá. Se ele mandasse eu tomar xixi, eu tomava xixi, entendeu? Então eu não sabia, nem sabia exatamente o que que eu tava tomando, né, ainda não tinha começado a entender das coisas... Aí eu comecei a tomar o Rivotril nessa de 2mg à noite(...) o Rivotril eu me dei maravilhosamente bem. (...) Rivotril é o melhor de todos (em comparação aos já utilizados Valium, Olcadil e Frontal). *Tem um efeito mais imediato, tem um efeito mais tranquilizante mesmo, você sente um bem-estar além do normal, sabe? Ele é... ele tá próximo da pílula da felicidade. Realmente, ele tem um efeito diferente dos outros. (...) É claro que no início quando eu tomava, eu ficava muito mais... sonolenta do que eu fico atualmente. Mas se eu não tô em crise, se eu tô bem, eu fico com sono também, sabe? Se eu tô bem e não tô fazendo nada, não tô trabalhando, tô em casa vendo televisão, ou tô de bobeira, eu fico com sono também, com 2 mg, eu fico com sono, durmo bacaninha, sabe? Na verdade, o problema de dormir agora não é um grande problema, tá. Não se torna mais num grande problema nesse momento. O problema agora é o excesso de ansiedade mesmo, que me dá sintomatologias que... e o Rivotril me abaixa esses sintomas(...)Sei que é um calmante, ele não é antidepressivo, que ele gera uma baixa da ansiedade, que ele tem uma porrada de efeitos colaterais que podem dar na pessoa ou podem não dar, né(...)com ele, eu não percebi nenhum(...)a minha psiquiatra, teve uma hora que sugeriu* (de tirar) *o Rivotril, daí eu falei 'Não, tira todos os antidepressivos, mas mantém o Rivotril'(...)O Rivotril não quero tirar. É o único que me dá segurança. E ele me dá segurança... se eu começar a sentir que a ansiedade tá subindo, aí eu tomo um... e eu sei que só o fato de você acreditar no medicamento a coisa já funciona." (E10)*

Nesse trecho, observa-se que o objetivo principal era "*parar de ter as crises*" a ponto da respondente ter dito que "*nem sabia exatamente o que estava tomando*" e que, se o médico dissesse que "*xixi acabaria com as crises*", ela estava disposta a tomar (ou seja, o risco estava totalmente subsumido pelo seu desejo de melhora). Relata que o clonazepam pode dar muitos efeitos colaterais, mas que não sente nenhum. Além do "*parar de ter as crises*", relata um "*bem-estar além do normal*". Isso traz uma indagação acerca de que medida é essa de um bem-estar além do normal e qual o limite entre o normal e o além do normal. Questão que se torna ainda mais curiosa quando ela acrescenta um elemento de "crença" no efeito do medicamento ao dizer que "*só o fato de você acreditar, a coisa já funciona*". Nesse contexto, se o benefício é colocado nesses termos, qual o lugar do risco para a respondente? O que seria normal ou além do normal em termos de riscos? Quando ela diz que sabe que o clonazepam "*tem uma porrada de efeitos colaterais que podem dar na pessoa ou podem não dar*", interroga-se se seria esse o normal do medicamento para ela em termos de riscos. Assim,

como ela "*não tem nenhum*", o que se tem "para além do normal" é o que ela considera de benefício. O "bem-estar além do normal" subsume qualquer efeito colateral "normal" que possa aparecer.

No decorrer da entrevista, ainda na avaliação risco-benefício, essa respondente compara o clonazepam com outro medicamento, deixando mais visível o seu desejo e fazendo uma relevante base de comparação para apreendermos os sentidos em jogo:

"Eu tenho uma vontade louca de tirar com os antidepressivos! É o sonho da minha vida. (...)Número 1: porque é caro pra caramba. Eu gasto 500 pratas de remédio por mês, quer dizer, não só isso né... E segundo porque os antidepressivos me dão alguns efeitos colaterais: boca seca, o Pristic me dava prisão de ventre. E... é muita coisa, é muito remédio! Eu já tenho pressão alta, já tenho colesterol também meio assim e tal..." (E10)

A questão do preço e dos efeitos colaterais era um problema em relação aos antidepressivos e não ao clonazepam. Ao final da entrevista, ratifica sua escolha, escancarando sua avaliação risco-benefício:

"Eu não sei, mas eu sei que assim, como as pessoas disseram, dizem, o Rivotril pode causar demência a longo prazo, pode fazer isso e aquilo, e eu cheguei à conclusão que pra mim é mais importante a qualidade e não a quantidade, entendeu? Se o Rivotril faz eu me sentir melhor e eu tô com controle médico e se eu não tô é... criando um aumento dele, né, não tô precisando tomar muito dele, tô me satisfazendo com uma dose básica, tudo bem, vou ficar com ele entendeu? É aquela coisa assim, me faz bem! É aquela dosezinha diária de bem-estar. Então eu tô tomando a minha dosezinha diária de bem-estar. Se isso vai me fazer ficar doente mais cedo, eu... não me importo... nesse momento eu não me importo mesmo (risos)." (E10)

Observa-se que ela fez um levantamento das condições nas quais está tomando o clonazepam (dosagem, acompanhamento médico, etc), junto aos benefícios obtidos para justificar sua decisão ("dose diária de bem-estar"), que ela chama de "conclusão".

Seguimos com mais um exemplo de avaliação de outro sujeito:

"*Eu tomava e dormia logo. Agora, atualmente, não. (...) Sempre foi de 2 mg. E eu tomei muito tempo, mas como agora tô vendo que não faz mais efeito (...) Ih! Já tem quase uns dois anos que eu tô reparando isso(...)Aí minha comadre falou 'Ah, isso é porque você toma tarde!', eu falei 'não é porque eu tomo tarde não'. Tem dias que eu durmo cedo... Se eu tiver que dormir, eu durmo até sem remédio. E se eu dormir sem remédio, eu não tomo. Mas acontece que eu tenho dormido duas, três horas da manhã, tem dias que eu vou até às cinco da manhã. Mesmo com o Rivotril. Então... eu passei a diminuir por minha conta. Claro que a minha comadre acha ruim. Ela briga comigo, e ela tem razão, porque... eu sei das consequências. (...) Por exemplo, pode voltar aqueles problemas todos que eu tinha. Eu era muito nervosa, muito, muito, muito, demais. Chorava muito e... era muito nervosa mesmo, demais.*" (E11)

Contudo, a participante prossegue avaliando outros fatores. Uma consequência apontada de parar seria um possível retorno do que sentia antes. No entanto, ela segue adiante no que parece ser um processo de ponderação. Além do fato de sentir que o remédio não estava mais fazendo efeito, situou-o também, como a entrevistada anterior, em comparação com outros medicamentos, mas nesse caso, para chegar a uma conclusão oposta:

"(...) *Porque tinha hora pra levantar. Agora eu não tenho mais. Mas não é por causa disso, é porque eu quero ver se eu paro porque agora eu tô tomando muito remédio. Atualmente eu tomo, assim tem remédios que agora já não tô mais nem sabendo o nome(...) Quando eu tomava só pra dormir... quando eu tomava só pra dormir, era só pra dormir, mas agora que eu tô tomando muito remédio, aí eu tô querendo tirar(...)Eu tô querendo tirar o Rivotril porque eu acho que não há mais necessidade, isso é o que eu penso.(...) isso aí é opinião minha, pode ser que eu esteja errada porque tomando vinte anos um remédio e querer parar, mas eu falei parar, não é por nada, EU, eu que quis ver se paro de tomar, pelo seguinte, isso aí é o que EU penso. Se mesmo com o Rivotril eu tô dormindo duas horas da manhã, claro que eu durmo 2hs, levanto às 4hs, aí... às 2, às 4hs, às vezes, às 6hs, vou no banheiro, quer dizer que o remédio... deito e durmo. Depois, depois de 2hs da manhã eu durmo. (...) E também tem um motivo, que eu esqueci de falar. A dra. que eu me trato no posto, falou pra mim, mas eu já tinha parado. Mas eu fui pedir uma receita a ela, né, mesmo que eu ficar sem... aí ela falou 'Olha, eu não vou dar não, porque o psiquiatra daqui falou que tá dando Alzheimer'. Então tá certo né. Eu pensei comigo, então tô certa, continuei no meu ritmo de tomar um dia sim, dia não."* (E11)

Percebe-se como as circunstâncias vão sendo costuradas pelas entrevistadas, delineando direcionamentos nessas avaliações risco-benefício. É curioso perceber como no decorrer dos próprios relatos, os respondentes vão elaborando questões e respondendo às mesmas, dando mostras de como vão norteando suas escolhas. Escolhas essas que passam, por vezes, por intensos momentos de conflitos e dúvidas, conforme pode ser ilustrado pelo relato a seguir:

"*E ele* (pessoa da vida de relação da participante) *é muito estudioso. Ele é muito inteligente. Ele estudou muito sobre Rivotril. Então (...) ele falava 'Rivotril não mata, você pode tomar o quanto você quiser, porque assim... você toma uma quantidade, seu corpo vai lá joga um pouquinho fora, e aí bota o potinho de novo pra encher, joga fora, bota o potinho de novo pra encher, joga fora, então assim, você pode tomar a cartela inteira, você só vai dormir, você vai morrer de fome. (...) Então, assim, ele não vai parar seu coração. Ele não vai atingir o seu sistema nervoso central a ponto de parar seu coração, de... né, de te deixar em coma'. E aí... eu acreditei nele. Nunca, nunca estudei muito não. Mas eu também evito tomar muita quantidade. (...)... pô não sei nem se é verdade isso... ele estudou que assim, não ia me matar, então assim...(...) eu tenho preocupação em tomar remédio pra dormir. Eu não gosto. De dormir... de não acordar tal... Então assim, ele... Eu tinha preocupação, mas quando ele me*

explicou o processo do Rivotril no organismo, que é diferente de alguns outros né, ele... eu fiquei mais tranquila, pra tomar, pra tomar mais". (E9)

Em outro momento, continuava a tentar costurar os diferentes efeitos que sentiu/sente ao longo da sua história com o "Rivotril":

"(...) quando eu comecei a tomar, eu não sabia muito bem qual era o efeito dele. Depois, eu comecei a sentir assim, cara, isso é bom demais! A sensação...que tá tudo bem! Cara, relaxa, tá tudo bem, né... paz e amor. Hoje em dia, eu já não sinto assim. Eu me sinto muito cansada, eu me sinto muito sonolenta o dia inteiro, eu acho que eu podia tá mais... mais ativa do que eu tô. Que agora eu tô trabalhando muuito. Eu tô cansada, mas eu tô trabalhando demais. Mas... mas eu acho que o Rivotril atrapalha. Atrapalha no raciocínio... cara, é engraçado, porque assim... (...) se eu for pra uma aula, eu fico entediada. Se eu fico entediada, eu entro num ciclo de síndrome de... não de pânico, mas de uma crise de ansiedade pelo menos, que não fica caracterizada exatamente como pânico. E... na... se eu tomar o Rivotril, eu consigo prestar atenção na aula e entender o que tá acontecendo. Se eu não tomar, eu não consigo prestar atenção na aula, eu fico o tempo inteiro percebendo o que que tá acontecendo com o meu corpo. (...) é uma coisa assim... que, ao mesmo tempo que falam, 'ah, poxa, isso mata seus neurônios, você vai ficar esclerosada, você vai esquecer de tudo', e realmente eu sou muito esquecida, eu... se eu sentar numa sala pra assistir uma aula, se a aula, de repente assim, se a aula é muito interessante, pô, eu consigo. Se não prender minha atenção, cara, eu tenho que tomar um Rivotril, senão eu não consigo não. Me ajuda a prestar atenção(...) concentração até... quando, assim... quando eu uso, né". (E9)

O relato vai explicitando um forte caráter de ambivalência, na medida em que não fica muito claro se a sonolência e o cansaço são do clonazepam ou por conta da carga de trabalho, ao passo que ela conclui "*mas acho que o Rivotril atrapalha no raciocício*", para em seguida colocar que é "*engraçado*", pois tomá-lo é o que faz com que consiga prestar atenção na aula, auxilia na concentração, apesar do que dizem sobre "*matar neurônios*". Pela via do humor, ao final, ela conclui:

"*Essa é a questão... a grande questão do Rivotril assim pelo menos eu acho que é essa, não sei...de, falam que mata os neurônios e tal e que você fica esclerosada. Como eu falei que quem tem pânico tem medo de morrer, né, aí eu falei assim 'então quando eu for morrer eu vou tá esclerosada e nem vou saber que morri. Tá tranquilo*' (risos)." (E9)

Pela via do humor a respondente, em sua trajetória com o clonazepam, parece tentar dar uma solução a sua grande ambivalência em torno do uso do medicamento.

Por fim, cabe demonstrar outro exemplo de avaliação, para ilustrar de que riscos os respondentes podem estar tratando em suas escolhas:

"*Fiquei sem tomar...? Não, não. Não fiquei não. (...) nunca tentei. Eu não tenho coragem! Vontade... eu tenho! Mas não tenho coragem! (risos). Eu já me acostumei tanto, né... Eu acho que eu vou voltar a passar mal como eu passava. Eu acho. Então... aí eu tenho medo de arriscar. Sei lá, eu acho assim... eu tenho medo de arriscar*." (E3)

Percebe-se como a configuração de risco se torna mais complexa do que pensar somente nos efeitos colaterais decorrentes da química do remédio. O medicamento, como construção social, assume sentidos na vida de cada respondente. Dessa forma, um dos riscos que apareceu para ser avaliado, em alguns relatos, não foi o dos "efeitos colaterais do Rivotril" e sim do "*risco de voltar a passar mal como se passava*", do "risco" em como vai ser a vida sem ele, mal comparando um "efeito colateral de uma vida sem Rivotril". Esse tipo de risco também foi levantado pelo outro trecho já anteriormente exposto, mas foi avaliado de forma diferente, uma vez que os benefícios, para E12, já não estavam mais acontecendo em sua concepção, havendo outros fatores em jogo. Sendo assim, observa-se que tanto a concepção de risco é diferente quanto a forma de avaliá-lo.

g) Quem age: eu ou o clonazepam?;

No decorrer das entrevistas, conforme os entrevistados iam relatando efeitos do medicamento, foi possível observar duas formas de se refletir sobre a questão da agência nessas histórias. Uma primeira forma observada foi apreendida pelas dúvidas quanto à agência ("Sou eu ou o clonazepam?"/"É do clonazepam ou não é?"), no que concerne, especialmente, a algum desconforto ou incômodo, conforme trechos a seguir:

"*Alguns dizem né que você até... fica um pouco esquecida... mas eu não sei se é porque eu já tenho 62 anos, entendeu? Ou... se realmente pode ser o Rivotril. Porque você ao, ao longo do tempo você vai sentindo uma mudança do teu corpo né, com a idade. Mas eu acredito que não seja do Rivotril não, porque não é uma coisa assim... imensa*". (E2)

"*Eu tomava e dormia logo. Agora, atualmente, não. Mas eu acredito que é por causa da idade, porque dizem, posso falar né? Dizem que as pessoas de idade dormem pouco. E eu acho que é verdade, porque eu tô agora... antigamente, eu tomava e apagava na hora. Agora não. (...) Então eu falei...que... velho já não dorme mesmo, então, eu vou parar. Caso eu precise, eu volto no psiquiatra, é lógico né, se, se eu não ficar legal eu vou voltar. Mas como velho não dorme mesmo, só cochila, eu vou fazer isso. E eu acho que tá acontecendo isso comigo mesmo.*" (E11)

"(...)eu acho que o Rivotril dá uma depressãozinha assim, dá uma bad, uma bad trip, você fica meio... mas aí você começa, pô... Acho que é... ah, eu tenho uma tendência também, né, até porque senão eu nem tomava o Rivotril, né?" (E9)

"(...)com ele, eu não percebi nenhum (efeito indesejado). *Perda de libido. Mas a perda de libido é muito complicado, porque tem um lance todo com aquele problema do meu marido que tá associada à perda de libido*." (E10)

"(...)ele (o médico) *achava que podia mexer com libido também. Eu acho assim... se mexeu... eu acho que... eu sou casada há 28 anos já... e não tem... né... vai caminhando de uma forma que, daqui a pouco, a vida vai mudando né, não vai ter mais aquela coisa de antigamente. E não sei te dizer se foi por causa do Rivotril que... o número de, de relações.... o número de relações veio a diminuir. Eu atribuo ao tempo de casado e não ao remédio. (...) Então, eu acho que...é realmente por causa... do decorrer dos anos... Se é atrapalhar, é esse ponto de vista que te falo, é isso que veio a diminuir... mas eu acho que isso aconteceu em vista do casamento*" (E3)

"Assim, é... o efeito, é... cumulativo, que deve... existir negativo, deve ser essa, essa... assim... sendo dispersa, tal, esquecida... o pessoal fala muito. (...) Eu sempre fui assim! Eu quando era criança, esqueci baralho dentro da geladeira, eu assim... eu não sinto que eu tô pior. Eu sinto que eu sou assim. (...) Todo dia eu saio, esqueço o celular e volto por causa do celular. Todo dia eu faço ou esqueço alguma outra coisa. Eu passei a vida inteira sendo assim, aí as pessoas falam 'Ó, é do Rivotril, hein, não sei o que...', cara, mas eu sempre senti. Piorou? Aí, eu não sei. Também, eu tô muuito... eu era assim com 9, 10, 11 anos. Eu tô com 34. Óbvio, se piorar, piorou. Talvez... pelo Rivotril, pela idade, pelo estresse, pô, porque tô sem dinheiro, porque eu tenho 2 filhos, eu vivo na correria, e os pais não tão nem aí, eles vivem doentes, eu fico correndo atrás, eu vivo noites acordada, eu vivo cansada, então, assim... tudo, não é tudo culpa do Rivotril, sabe, todo mundo bota culpa "hum, toma o Rivotril..." (E9)

Algumas vezes, essas dúvidas em relação à agência, ao surgirem, foram compartilhadas com os médicos:

"*Agora, tem a parte que eu acho ruim, que eu não tenho certeza... a médica fala pra mim 'Não, não tem nada a ver, isso é um estresse do dia-a-dia!'. Eu esqueço muito as coisas. Eu esqueço bastante! Tipo, se eu tiver conversando contigo agora, de repente é... se, se o assunto é interrompido, pra eu voltar o assunto, às vezes eu 'Meu Deus, o que que eu tava falando?'. Às vezes coisas assim dentro de casa, não sei onde botei... Aí ela fala pra mim 'Não tem nada a ver! Isso é o estresse do dia-a-dia..'(...) Eu... eu acabo, eu acabo atribuindo que é a medicação... mas eu não sei se é... ela diz que não, que é o estresse do dia-a-dia. Agora, eu não sei... tem... de uns anos pra cá... (...)nos últimos 5 anos... por aí... eu acho que é por causa do Rivotril. Porque antes eu não me esquecia..."* (E3)

"Olha... eu acho... que eu tô ficando muito esquecida. Eu reclamei com o meu médico. Ele diz que o único remédio que pode dar isso é o Rivotril. Mas que ele não acha que assim... eu tô esquecida. Eu tô e ele diz que eu não tô. Ele diz que o único remédio que eu tomo que pode causar o esquecimento é o Rivotril, mas eu tomo muito pouco(...)o médico não, não não atribui ao remédio e nem atribui que eu tenha, tenha esquecimento. Ele fala que o que eu tenho é normal. Ele diz assim... quando a pessoa fica... estressada, como eu tava naquela época... e é verdade também, esse esquecimento ele varia. É... e ele falou 'você tá estressada demais, por isso que você tá esquecendo tudo' (E4)

Por mais que o médico atribua o esquecimento ao estresse, parece haver uma tensão em torno disso, no qual o clonazepam, de alguma maneira, entra em cena como possível agente.

A dúvida quanto à agência também pode surgir em relação ao benefício como, por exemplo, questionar se a maior tranquilidade atual diante de situações de estresse possa ser também da maturidade adquirida com a idade (há aí também uma hesitação em torno da questão da agência), conforme se ilustra com o trecho abaixo:

"*Eu acho que ele me mantém mais tranquila, ainda que eu não seja nervosa! Mas eu noto, por exemplo, que em situações de estresse, eu como que... num dô muita bola. Antes sim! Eu não sei se é a idade também, que às vezes com a idade vai... é... tomando as coisas da vida de outra forma, mas... é assim, eu sinto isso... que...que num momento de estresse é... eu tô calma".* (E8)

Com esses trechos, a partir dos relatos de esquecimento, perda de libido, dificuldade de dormir, entre outros, os entrevistados expressam em suas falas uma hesitação entre o agente dessas situações ser o clonazepam ou ser algo que vem de si mesmo (ou de algum fator externo, como o estresse, por exemplo). Sendo o esquecimento e a perda de libido decorrentes de dúvidas a partir da ação que o medicamento faz e a dificuldade de dormir da ação que o medicamento deixa de fazer, de qualquer forma, o que está em questão nesses casos é a agência, que é problematizada.

Em suma, observamos nessa primeira forma de apresentação a problemática em torno da questão "é do clonazepam ou não é?". Uma segunda maneira pela qual a temática da agência se apresenta é o papel do clonazepam como aquele que possibilita certas ações na vida de relação, no mundo social, como aquilo que necessariamente possibilita agir no mundo. Nesses casos, ele foi visto como algo que permite determinadas atividades como ir trabalhar, resolver problemas familiares, sair à noite, ir a festas, entre outros, conforme exemplos a seguir:

"(...)se eu sentar numa sala pra assistir uma aula, se a aula, de repente assim, se a aula é muito interessante, pô, eu consigo. Se não prender minha atenção, cara, eu tenho que tomar um Rivotril, (...) senão eu não consigo não". (E9)

"(...) eu sou uma pessoa de... difícil de me socializar, de difícil ... mesmo. Então isso me ajudou também que eu chegasse nos lugares (...), conseguir conversar melhor com as pessoas, sabe, me ajuda bastante. Porque eu sou uma pessoa muito retraída, sempre fui tímida, entendeu? E nunca cuidei dessa parte né, de repente se eu tivesse cuidado quando eu

era mais nova né... talvez viesse a ter... até um resultado um pouco melhor, mas... não tem jeito! O nervosinho tá sempre dentro de mim! (...) quando eu vou aos lugares, eu tenho muita dificuldade, muito... se eu for sem o remédio eu vou ficar mal... é uma coisa que...não sei se é porque eu não trabalho, uma série de coisas né... E quando eu tomo, não, eu chego... eu não sou uma pessoa calada..., mas eu fico mais conversada, sabe? Eu me sinto mais à vontade. Sei lá, eu me sinto melhor... mais segura! É isso..." (E3)

"E outra, outra coisa é lugar cheio, cara, se eu for pra... sair pra noitada, tem que tomar Rivotril antes. Eu nem bebo em noitada por causa disso. Eu tenho que tomar Rivotril antes. Se eu chegar num local lotado, eu tenho uma crise de pânico, acabou a noitada!, eu vou embora. Eu nem fico! Então, assim, é uma coisa que ele segura... essas minhas crises (...) Mas que o Rivotril, cara... se eu for pra lugar cheio eu já tomo antes. Já deito assim, o dia inteiro, falo assim 'Pô eu vou pra noitada hoje', pra tomar e sair. Mas nem tomo 2mg, eu tomo 1mg, porque senão eu fico com sono (risos) e não bebo nada, nada de álcool". (E9)

"*Ah... mais calma* (com o Rivotril), *mais... é... no ambiente de trabalho, pra resolver meus problemas familiares, na direção... enfim, em todos os aspectos(...)tranquilidade. Com toda certeza! Com toda a certeza! Ao tomar o remédio dali a um tempo realmente as coisas vão amenizando... até a minha pressão que é alta, abaixa*."(E2)

"(...) Porque eu trabalho sob pressão. Eu tenho pressão de cima, pressão de baixo, pressão de lado. Ou seja... meu trabalho você tá... eu tô bastante sob pressão, porque a responsabilidade da vida das pessoas, isso é pressão constante. Isso não provoca estresse. Mas é pressão porque é responsabilidade, ou seja, por todo... pela vida de um monte de pessoas. (...) Eu tô sempre sob pressão! Acho que o Rivotril faz com que eu não sinta essa pressão. Que pra mim, passa por isso. (...) Então, não acho que... O Rivotril tem feito com que eu... tome isso com uma naturalidade!" (E8)

Sendo assim, na primeira forma, a questão da agência se relaciona a algo experienciado pelo próprio sujeito em si, no seu corpo (esquecimento, perda de libido, insônia) ou na sensação ("*dá uma depressãozinha*", "*mantém a tranquilidade*"), não havendo por parte dos entrevistados qualquer menção sobre como isso poderia se relacionar com o agir deles no mundo, isto é, ninguém trouxe prejuízos do esquecimento para o trabalho ou da perda de libido para a relação, entre outros. A agência aqui apareceu mais como "sou eu ou o Rivotril?", "é do Rivotril ou não é?".

A questão da agência como o "agir no mundo" apareceu em uma segunda forma de apresentação, com os respondentes relatando exclusivamente sobre o que o clonazepam possibilitava agir no mundo, como "o que eu faço ou consigo fazer com o clonazepam" (ir a festas, prestar atenção na aula, trabalhar sob pressão, etc)

h) Percepção de si;

Esse eixo temático refere-se às percepções que surgiram nas entrevistas referentes à forma como as pessoas significavam a si mesmas com o uso do clonazepam. Em alguns relatos, essa relação aparecia de forma mais difusa, porém com referência direta a uma influência no "eu".

"*Há dias que ele* (o Rivotril) *me faz bem, há dias que ele não faz, e eu resolvi continuar com ele porque acho que se tirar, não vai fazer bem à minha... ao meu eu. Que aí eu talvez fique preocupada com isso. Eu acho o seguinte... Às vezes eu digo assim 'Não vou tomar!', tá?. Mas aí a cabeça começa a trabalhar 'Você não tomou, então você não vai... não dormiu', e é isso, são efeitos... e acho que isso aí já não é o remédio, isso aí é, é, a pessoa! Há os que são mais impressionáveis, há os que são menos, há os que são... não tomam, há os que não vivem se não tomar! Enfim...(...) Às vezes eu acho que valia à pena, mas aí eu fico com medo 'será que vai piorar?'. Então... eu sou daquele tipo 'deixa como está, pra ver como é que fica'. " (E5)*

Em alguns relatos, a percepção aparecia de forma mais explícita:

"*Eu sou uma pessoa alegre e sem ele realmente eu fico... totalmente é... nervosa mesmo, é... é... fora de mim!, sabe? ... é uma coisa assim... muito ruim! a sensação...(...) Eu queria muito conseguir parar, mas eu acho que ele me deixa mais calma, menos nervosa... não sei... parece que com ele eu consigo ser mais eu*". (E2)

Observa-se a relação que a respondente faz entre o clonazepam e sua identidade. Estar sem o clonazepam é estar "*fora de si*" e, com ele, ela "*consegue ser mais ela*". Ela é mais ela com o clonazepam, dando a impressão de que ele faz parte dessa identidade. Para além disso, percebe-se nesse trecho também a questão em torno da autenticidade, isto é, na medida em que a respondente pode ser mais ela, é como se pudesse ser mais autêntica com o clonazepam (o que pode se contrapor a ideia de terceiros, na qual o medicamento poderia tirar a autenticidade da pessoa).

De outra maneira, o uso do clonazepam pode ser significado pelo sujeito a partir de apreensões negativas sobre si mesmo, assumindo a identidade de "doente", como demonstrado no exemplo abaixo:

"(...) porque quem toma remédio há 20 anos, não é boa da cabeça. Eu tenho consciência disso. Não é muito boa da cabeça(...)pra mim tomar um Rivotril... pra tomar um remédio tarja preta... é porque não sou muito certa da ideia... isso que eu penso(...) Pouca gente fala que toma... eu até entendo, até eu não gosto de falar! Mas eu não ligo não...(...) " (E11)

Em determinado momento da entrevista, essa participante faz uma separação entre um antes e um depois do clonazepam, parecendo fazer uma correlação direta entre tomar remédio e "ser doente" (e não "estar" doente):

"Não, mas eu fazia isso, mas eu não era... eu não era doente não, não tinha nada não. Tava na minha família ainda, num... não tomava remédio nenhum!"

Por sentir que o clonazepam não tem mais o efeito esperado, a entrevistada relatou:

"*A hora que eu quiser deitar e dormir eu posso, então eu vou parar de tomar o remédio por minha conta. Aí, tô tomando assim, dia sim, dia não. Mas fazer, meio comprimido(...) Vai fazer um mês*." (E11)

Esse relato parece indicar um deslizamento que se correlaciona com o sentido e a percepção de si com o clonazepam, pois à medida em que está em processo autônomo de retirada, segundo contou, afirma mais para o final da entrevista:

"(...) agora eu, como já tô muito velha, já não faço mais o serviço todo. Lavei um pouquinho de louça, fiz comida, (...), mas é dizer que eu... eu gosto de ler, de ver televisão, de escutar rádio, de ver notícia, acho que ainda tô dentro da normalidade não tô? (...) Faço minha comida, que é pouquinha, que é só pra mim? Eu acho, na minha cabeça, eu não sei, porque não sou... mas dentro da minha cabeça eu acho que eu tô vivendo bem."(E11)

Curioso perceber o uso de uma palavra como "*normalidade*", no momento em que ela está em retirada do clonazepam e em contraposição ao "*não ser boa da cabeça*" (por "*tomar tarja preta*").

Sendo assim, nesse eixo, a questão não parece tanto ser sobre quem é o agente "eu ou o Rivotril?", mas sim "quem eu sou com o Rivotril".

i) O fantasma da dependência;

Afirmações e/ou elucubrações sobre dependência, vício, costume, entre outros, apareceram profusamente nos relatos dos respondentes de diferentes maneiras. Independente da forma como aparece, a menção ao fantasma da dependência foi quase unânime, cabendo frisar que a entrevista não abordava essa temática nas perguntas. Portanto, essa forte presença chama a atenção na medida em que houve diferentes posições em torno desse eixo.

Uma primeira forma de apresentação foi de um grupo que se afirmava dependente explícitamente em algum momento da entrevista, como por exemplo:

"*Eu, eu tenho plena noção que eu tenho dependência química e psicológica. E queria muito parar. Tanto que eu fui pra terapia. (...) é uma coisa que eu sei que...é... o meu organismo tem condições de superar sozinho. Eu nasci sem tomar Rivotril, passei vinte... vinte e seis, vinte e sete anos... vinte e seis anos sem tomar Rivotril. Então, assim, eu tenho certeza que eu posso superar isso sozinha, essas crises de ansiedade. Só que... tem uma hora que você se sente sozinha(...) então eu acabava assim, entrando num, num buraco, sabe. Salva é tá pelo menos tranquila 'vou tomar um Rivotril'(...)'cara, eu consigo superar isso, cara, eu consigo, eu consigo'. Então, eu sempre boto isso na minha cabeça, que eu consigo superar, mas ainda não consegui sozinha sair. Mas eu acho que eu vou conseguir".* (E9 – tempo de uso: 9 anos)

Há expressa, nesse trecho, uma espécie de confissão da dependência, com o intenso desejo de parar de utilizar o remédio e a esperança de superar isso sozinha, embora o fato de se sentir sozinha, segundo relata, faz com que ela tente "*se salvar*" estando tranquila, ou seja, "*tomando um Rivotril*". A ideia do "Rivotril como salvação" é bastante significativa, na medida em que aponta para um sentido que a respondente dá a ele em sua experiência, nesse momento, em que se afirma dependente.

Por outro lado, analisa sua trajetória percebendo que "*nasceu sem tomá-lo*" e que, por isso, pode "*superar isso sozinha*". Outro sentido relevante dado por ela é à expressão "*superar sozinha, o organismo superar sozinho*". O "sozinha" que ela usa ao longo do relato para falar da parte da superação, parece referir-se exclusivamente à ausência do clonazepam, isto é, conseguir sozinha é superar sem o clonazepam. Ao mesmo tempo, utiliza o "sozinha" em outro sentido quando diz: "*só que tem uma hora que você se sente sozinha e acaba entrando num buraco*". Esse sozinha parece relacionar-se ao sentimento de solidão e é nesse momento que ela coloca o "Rivotril como salvação". Pode-se questionar, portanto, em que sentido o clonazepam não entraria em uma posição de companhia, de pessoa, para não se sentir sozinha.

Em uma segunda forma de abordagem da questão da dependência, percebe-se a presença de conflitos e dúvidas nos relatos, com os respondentes se questionando ou elucubrando em qual lugar estariam ("vício x não-vício"), ora se localizando em uma determinada posição, porém sem se prender a ela, deslizando para a hesitação novamente, conforme pode ser observado nos relatos abaixos:

*"(...)eu tô tomando o Rivotril há uns 13 anos direto. Não sei se é vício ou se não é, mas eu tenho que tomar toda noite, o comprimido. E, às vezes, quando eu acordo assim de manhã meia agitada, eu tomo outro comprimido de 2mg. Sempre com 2 mg, e... uma vez até eu... de noite na cama eu, eu joguei assim (*na boca*), quando eu vi de manhã, eu não tomei tava na minha... (cama) e dormi. E dormi sem. (...) Eu achei, eu digo assim, pois é, tá vendo! Mas, mas eu tenho que tomar todo dia de noite! Já faz parte.(...) ela* (a médica) *diz 'Vai diminuindo*

aos poucos', eu digo assim 'não adianta que eu não vou, não vou, não adianta'. Isso pode ser vício, o que for, mas é uma coisa que se eu não tomar, eu vou ficar rolando, porque tem noites que, mesmo com o Rivotril, eu fico uma noite inteira que eu não durmo. E no dia seguinte, eu não tenho sono. Eu fico o dia inteirinho como se eu tivesse dormido (...) Não sei se isso é psicológico, se é do corpo, eu não sei, mas eu tenho que tomar o Rivotril. Pra onde eu vou, eu tomo o Rivotril. (...) *eu tenho que tomar o Rivotril a vida toda, não adianta que eu não vou deixar de tomar. Não vou deixar de tomar, não adianta. Porque eu sou ansiosa mesmo.*(E12- tempo de uso: 13 anos)

Em determinado momento, essa respondente faz a seguinte comparação:

"(Para dormir) *Tem que ter a televisão ligada, outro vício que eu tenho, que tem que ter televisão, qualquer lugar que eu vá em hotel, primeira coisa, tem que ter televisão*". (E12)

Percebe-se como essa dúvida entre "*não sei se é vício ou se não é*", desliza para "*isso pode ser vício o que for*" e termina por ser localizado justamente no processo de comparação com a televisão: "*outro vício que eu tenho*". Ao ser perguntada sobre o que era vício, ela responde pela questão da televisão: "*É de, de, de num dormir sem televisão ligada, às vezes eu acordo, ela ainda está ligada*" (E13). Torna-se curioso observar não apenas esse deslocamento do clonazepam como vício ou não, mas também a forma como ela vai colocando a questão, como a palavra "vício" vai se repetindo e como, por fim, o clonazepam é colocado ao lado de um objeto absolutamente comum, ordinário e praticamente onipresente em nossa cultura (a televisão).

Essas falas vão explicitando, de alguma maneira, os sentidos que o clonazepam têm para ela, como algo cotidiano, ordinário, banal e sem o qual ela não pode viver sem. É pelo "*vício da televisão*" que ela consegue tangenciar sua relação com o clonazepam.

Seguimos com mais algumas ilustrações dessa segunda forma de abordagem:

"Até já comprei antibiótico sem receita, mas Rivotril nunca! Também nunca, nunca houve necessidade, porque... eu sou assim... muito cuidadosa...ou... muito.... viciada já. Eu não falto à médica, entendeu? Eu levo bem a sério. Então, quer dizer, eu sempre tenho a receita(...)eu acho assim, que a gente só deve usar mesmo quando, quando... é muito necessário... porque é uma coisa que depois a gente fica com muito medo de, de parar de usar né? Mas que também é um mal hoje...mas é necessário (risos), não é? Pra mim faz bem pelo menos, mesmo que faça mal entre aspas, pra mim faz bem." (E3-tempo de uso: 12 anos)

Outro relato bastante ilustrativo dessa ambivalência entre "cuidado x vício", entre "mal x bem". Observa-se que essas fronteiras estão bastante borradas para a respondente, afirmando que o uso deve ser feito apenas quando muito necessário, do medo de parar de usar, que é um "*mal necessário*", mas que, por fim, ela conclui que para ela o remédio faz bem, "*mesmo que faça mal entre aspas, faz bem*". Ressalta-se que o que ela coloca entre aspas

não é o bem e sim o mal, denotando já algo da maneira como tenta lidar com essa ambivalência do uso.

Uma das respondentes começa a abordar essa questão ao contar de sua perplexidade na tentativa em suspender o clonazepam por conta própria:

"(...) vinha me incomodando eu tá tomando remédio e eu queria tirar, me senti melhor e falei 'vou tirar!', coisa que a gente nunca deve fazer, né... isso tem que ser feito realmente pelo médico. Eu tirei o remédio e... durante uma semana, tudo tranquilo, um pouco tensa... mas... dava pra a gente conseguir viver. Na segunda semana, eu na rua, de repente, eu comecei a... entrei em pane! Entrei... 'Eu vou morrer, vou morrer, vou morrer, tô morrendo, tô morrendo...' Muita taquicardia, sistema nervoso abalado demais, a cabeça totalmente tonta, totalmente conturbada. E a minha sorte é que eu tava quase que em frente ao meu cardiologista, e aí eu fui nele, né, corri pra ele e falei 'tô morrendo!'. 'Mas, o que que tá havendo? O que que tá havendo?'. Aí eu falei: 'Não, eu parei o Rivotril e...', Ele: 'O que? De repente?' Eu falei 'Foi'. 'Você não podia ter feito isso nunca! Você tá tendo uma... Uma abstinência!' né... Aí isso me assustou muito! Porque... eu jamais poderia imaginar que eu... a gente pode imaginar os outros, mas eu iria ter uma abstinência de um remédio, né! E realmente, ele me deu um comprimido e tudo passou". (E2-tempo de uso:12 anos)

Após contar essa experiência, no decorrer da entrevista ela foi trazendo seu conflito em relação à continuidade do uso:

"*Depois é que eu me interessei em saber... entendeu? Mais pelo Rivotril. E... eu até me acalmei um pouco ele realmente me dá... uma qualidade de vida melhor, né... e sabendo que 'ele atinge meus neurônios? Atinge!', mas eu espero poder parar um dia, tá. Porque realmente... as pessoas que.... não, eu não acredito que eu seja uma dependente né... mas realmente eu preciso muito dele! É, é verdade... Eu preciso demais pra conseguir sobreviver!(...) Eu realmente tive uma certa tranquilidade, se é realmente, é... isso é uma ... é... se eu estou dependente ou não, eu não posso dizer, mas eu sei que, realmente eu fico bem! (...) Eu, eu gostaria de parar! Gostaria mesmo! Pelo organismo em si, entendeu? Porque eu acho que não... tenho, tenho convicção que não faz bem! Entendeu? Então, por isso eu, eu queria parar. E... espero um dia parar!"* (E2)

E, ao final, reforça seu desejo:

"(...) só que realmente... eu gostaria de um dia poder parar, entendeu? E não ser uma pessoa que utilize um Rivotril". (E2)

Outro relato marcadamente ambivalente e carregado de sentidos sobre o clonazepam. "*Ser uma pessoa que use um Rivotril*" revela algo sobre o que o clonazepam pode representar para a pessoa ou, em algum grau, o que ele diz dela. Apesar desta respondente não utilizar termos como "tarja preta" ou "remédio controlado", como já observado em outros relatos, essa expressão utilizada por ela traz uma conotação negativa, parecendo carregar algum tipo de julgamento, talvez de um estigma.

Por outro lado, ela traz seus ganhos de "*qualidade de vida*", de "*tranquilidade*" e, no meio desse caminho de conflitos, ela parece tentar apreender a questão da dependência. Em um primeiro momento, afirma que "*não acredita ser uma dependente*", para mais adiante hesitar entre "*não poder dizer se está dependente ou não*", ao mesmo tempo em que traz mais assertivamente convicções paradoxais como "*saber que com ele realmente fica bem*", "*ter convicção de que não faz bem*" e desejo/esperança de um dia parar.

Por fim, uma terceira forma de abordagem utilizada pelos participantes para falar sobre a questão da dependência foi utilizada por um grupo que relata não ser dependente, mas, de alguma forma, coloca o "perigo/risco" da dependência em alguma medida, seja falando de um terceiro ou de estratégias próprias de evitação, conforme se pode observar nos trechos a seguir:

"*Eu tomei Frontal e não achei melhor, preferi continuar no Rivotril. Tentei experimentar o Frontal, mas... não rolou. Não sei, não me deu o bem-estar que o Rivotril me dava. Voltei pro Rivotril. Agora, o que eu disse é o seguinte. Bom, eu sou uma pessoa que não tenho compulsão. Não sou dada a vícios, né. Então isso talvez me ajude no sentido psicológico a não ter ficado dependente do Rivotril. E não criei uma resistência total ao Rivotril. É claro que no início quando eu tomava, eu ficava muito mais... sonolenta do que eu fico atualmente. Mas se eu não tô em crise, se eu tô bem, eu fico com sono também, sabe?(...) eu sei que o Rivotril tem essa tendência à resistência, e eu não, não quero ficar assim... é... habituada, eu não vou dizer viciada, mas habituada a um uso muito grande de Rivotril, tá? Eu acho que 2mg já é muito, por dia, mas é uma coisa que eu já incorporei na minha vida tá?(...) É... mas agora tem muita gente que toma Rivotril. E o Rivotril é uma brincadeira de todo mundo. Chega na roda, todo mundo "ah, esse aí é que tem o Rivotril, que não sei o que"... É assim. É, é o remédio da moda né. Só que eu comecei muito antes dele ficar na moda, agora eu entendo porque que ele tá na moda, porque... ele tem um efeito de bem-estar sim, ele dá um bem-estar transitório, mas dá. Eu acho que é muito fácil alguém se viciar no Rivotril, sabe? Se não tiver suporte psicológico, se não tiver outras opções, é... acho muito fácil uma pessoa compulsiva se viciar no Rivotril."* (E10-tempo de uso 26 anos)

Observa-se nesse trecho uma marcação da entrevistada no sentido de afirmar que não ficou dependente do clonazepam por "*não ser uma pessoa compulsiva nem dada a vícios*", embora coloque a facilidade da possibilidade de terceiros se "*viciarem*" no clonazepam pelos efeitos de "bem-estar" dele. Por outro lado, julga que sua dose (2mg) "*já é muito*", mas que já "*incorporou em sua vida*", embora tenha frisado seu esforço em cuidar para "*não ficar habituada*", evitando utilizar a palavra "*vício*".

Chama a atenção essas diferenciações realizadas entre hábito, vício, compulsão e a afirmativa de que não ficou dependente, mas, ao mesmo tempo, já "*incorporou*" o clonazepam em sua vida. Há nesse contexto um longo tempo de uso (26 anos) e, em trechos anteriores, é possível observar uma sugestão da médica para retirada do clonazepam, o qual

ela não quis, relatando que poderia tirar todos os antidepressivos, mas não o clonazepam. Com isso, observa-se como essas acepções tomam sentidos muito particulares para cada respondente.

Outros participantes trouxeram as medidas tomadas para evitar a dependência:

"*Ah, eu esperei (*para começar a usar o Rivotril que a médica indicou*), assim, por exemplo, vamos ver se eu vou conseguir, por conta própria, porque eu tento vencer isso, entendeu? Por isso que eu não tomo com frequência, eu tento vencer 'não, vamos ver se eu consigo...'. E assim, eu já consegui muita coisa. Sem tá tomando. Eu acho que já é uma grande melhora. (...) Assim, passa semanas assim, eu só tomo em último caso mesmo, porque eu não quero me tornar dependente entendeu? Aí é assim que eu tomo*. (...) *Eu prefiro evitar, porque eu não quero me tornar dependente dele. Porque inclusive eu já comecei... eu tomava. Continuamente. Tomava. Aí eu falei assim 'não, eu vou tentar tomar por mim mesma sem ser isso'*. (E13-tempo de uso: "anos")

"*Então, eu acho que eu sou uma pessoa muito saudável. O meu problema é dormir. Durmo pouco. Queria dormir mais. E eu não acho que o remédio me, me faça isso. Também não vou aumentar a dose, porque aí eu acho, inclusive meu médico também acha... que aí a gente começa a criar um problema muito grande de dependência. Então, eu não quero ter dependência, entende*?" (E5-tempo de uso: 2 anos)

Apresentam-se nesses trechos, receios sobre dependência em relação a questões de frequência de uso e dosagens, incidindo sobre a prática de uso das respondentes. Além disso, em um deles, percebe-se uma questão que gira em torno da dependência e do "*superar sozinha*", "*resolver por si só*", que pode trazer também indícios de como o clonazepam é apreendido pela respondente.

Por fim, para uma última ilustração foi selecionado um trecho, no qual a respondente indica não ser dependente do clonazepam, mas faz afirmações gerais sobre a dependência a partir de outras substâncias, colocando mais explicitamente o fantasma da dependência como um todo:

"*E esse médico diz que o Rivotril é o remédio que provoca menos dependência. (...) O médico não mandou não, mas eu tirei na maior. Por isso que eu afirmo que essa dependência que existe é psicológica. Embora... tarja preta é químico, mas não me causou dependência nenhuma. (...) Assim como eu parei de fumar... eu olhei o cigarro 'ah, não quero fumar mais não!' e parei. (...) Mas assim já... já começo a... a tirar...* (o Rivotril*) porque vejo que não tá influenciando no sono. Eu, eu tomei ontem Rivotril e Seroquel, 3hs da manhã tava acordada! (...) Eu tenho vontade de parar de utilizar qualquer coisa. Acho que esse é o sonho de todo dependente. Ninguém quer ser dependente de nada. Basta ser dependente de afeto. (...) Eu tô dependente! Não (do Rivotril)... do antidepressivo.(...) Eu não queria tomar nada. Todo mundo rejeita remédio.*" (E4)

Apesar de colocar sua concepção de que o clonazepam causa dependência psicológica, mesmo sendo "*químico, por ser tarja preta*", a respondente afirma que a ela não causou dependência nenhuma e compara com sua atitude em relação ao cigarro. Coloca, portanto, o clonazepam e o cigarro no mesmo nível, talvez como "algo que se larga", não com facilidade na nossa cultura, mas sim para ela, o que chama a atenção dado o lugar do cigarro como "vício" em nossa cultura. Já o antidepressivo, situa em outro nível, uma vez que se diz dependente dele. Contudo, traz diversas questões sobre remédio e dependência, chegando a afirmar que "*todo mundo rejeita remédio*", que ela "*não queria tomar nada*" e que "*o sonho de todo dependente é parar de utilizar qualquer coisa*".

Percebe-se como as relações com a questão da dependência, vício, incorporação, hábito, dentre outros, são múltiplas, assumindo diferentes sentidos para os entrevistados, inclusive, em relação a dosagens e frequência de uso. Contudo, o forte caráter de ambivalência percebido na maioria dos relatos traz a temática da dependência como um fantasma que assombra suas experiências com o clonazepam.

3.3 **Discussão**

Através da análise dos relatos dos entrevistados, buscou-se investigar os sentidos atribuídos por eles ao clonazepam em suas experiências e vivências com essa substância. Com o intuito de captar tais sentidos, objetivou-se apreender questões específicas como: as expectativas dos usuários em torno dessa substância; as práticas de gestão/administração encetadas e desenvolvidas por eles a partir de suas vivências; o lugar dado a essa substância na experiência cotidiana; as agências que compunham a relação do usuário com o clonazepam e seus impactos tanto na dinâmica da vida ordinária quanto na vida social de relação.

A partir da análise do material, foi possível depreender nove eixos analíticos (ou unidades de sentido) em torno dos quais essas informações pareceram se organizar: a sensação de estranhamento e de não-legitimidade experienciada pelos usuários em relação ao uso; o *status* assumido pelo clonazepam em suas vidas, seja como medicamento, droga ou tarja preta; os motivos que levaram ao início do consumo; os lugares assumidos e os trânsitos e percursos realizados pelo clonazepam ao longo da história dos usuários; as práticas de gestão e administração dessa substância na vida diária e os fatores de influência nesse manejo;

a percepção de risco e benefício envolvida nas escolhas dos usuários e o seu impacto no desejo ou não de suspender o uso; as ações em jogo na relação dos entrevistados com o clonazepam, mostrando a ambiguidade entre o que essa substância permite ou dificulta e a quem é atribuída a ação (a si mesmo ou ao clonazepam); a percepção de si na relação com essa substância, isto é, o que "com" ou "sem" o clonazepam o usuário apreende sobre si mesmo; e o fantasma da dependência, que parece assombrar em diferentes graus a experiência do uso, possibilitando entrever a ambivalência presente em muitas dessas vivências.

Cabe ressaltar que os eixos temáticos não são estanques e se interpenetram em diversos momentos, de forma que um mesmo relato é capaz de servir de analisador para diferentes eixos. Como estão em relação, os movimentos em um eixo afetam os movimentos nos outros eixos por comporem uma dinâmica interativa complexa própria ao campo.

Com isso, por exemplo, conforme observado nas análises dos relatos, há uma interconexão entre o *status* que o clonazepam assume na vida do respondente e sua percepção de risco e benefício, o que impacta suas práticas de gestão, que vão conferir uma trajetória específica com influências na vida e na dinâmica social do respondente. Por sua vez, as vivências com o clonazepam, as experimentações realizadas, aliadas às circunstâncias de vida e a essa dinâmica social, vão influenciar nas transformações das práticas de adminisração e manejo, nas percepções dos riscos e benefícios, entre outros. Sendo assim, todos os eixos se influenciam mutuamente e de formas múltiplas e multidirecionais, compondo um campo muito rico e cheio de nuances e transformações.

Nessa direção, o esforço de síntese em eixos analíticos tornou possível olhar para o objeto de análise a partir de diferentes perspectivas, na tentativa de apreender esses sentidos que estão pulverizados no campo. De forma que cada eixo foi apresentando uma faceta dessa relação do usuário com o clonazepam, apontando para os diversos sentidos assumidos.

O primeiro eixo, "estranhamento: a não-legitimidade da própria experiência", apareceu já antes das entrevistas começarem, por ocasião dos convites e das marcações. Relatos dos entrevistados indicando que não poderiam ajudar na pesquisa por não terem nada de importante a dizer ou não serem pessoas abalizadas, entre outros, aliadas às expressões de estranhamento quando eram informados dos objetivos da pesquisa, demonstraram já algo sobre o sentido dado às próprias experiências.

Falas que apontavam para sentimentos de desvalorização ou depreciação das próprias vivências e opiniões por não serem da ordem do discurso médico-científico, demonstraram uma hierarquia tácita de "importância" entre os diferentes discursos. De certa forma,

demonstrou uma reprodução do contexto sociocultural mais amplo, no qual, de fato, o paradigma científico é predominante. A lacuna de pesquisas que estudem as próprias experiências e falas dos usuários (GABE & LIPSHITZ-PHILLIPS, 1984; KING et al., 1990; BARTER & CORMACK, 1996, LIEBRENZ et al., 2015) denuncia essa assimetria.

O segundo eixo, "o *status* do clonazepam", demonstrou que o sentido dado pelos usuários a essa substância, já se mostra na própria acepção que lhe é dada. O clonazepam ora aparece como medicamento ou remédio para tratamentos específicos ou doenças, ora como "tarja preta" e "controlado", indicando que não se trata de qualquer medicamento, bem como, em alguns casos, sendo inserido em um tipo de "experiência com drogas". Para além desses *status* de objeto, foi observado também como o clonazepam pode assumir o *status* de "pessoa", dependendo da forma como é referido, das ações que lhes são imputadas, tal como visto em um dos trechos, recebendo uma avaliação moral própria a pessoas e não a objetos (como atribuição de culpa, por exemplo).

O terceiro eixo, "motivos para o início do consumo do clonazepam", mostrou de que maneiras e a partir de que momento ele adentra na dinâmica da vida diária dos respondentes. Em um primeiro grupo, ele entrou associado a tratamentos médicos específicos, referido a doenças, como apnéia do sono, e a categorias diagnósticas, como transtorno do pânico, ansiedade generalizada, crise depressiva, etc. Em um segundo grupo, é curioso observar como ele também se insere, em geral, pelo contato com o médico, mas de uma maneira muito difusa, sem se relacionar a tratamentos e transtornos nas falas dos respondentes. Para eles, o clonazepam veio para ajudar a dormir, tranquilizar e/ou acalmar a tensão, a angústia, a ansiedade. Tais sentimentos aparecem nos relatos como desencadeados por acontecimentos específicos, tais como situações da vida familiar ("saída dos filhos de casa", etc), tratamentos outros, como quimioterapia ou "problemas da vida" como disse uma entrevistada, colocando o clonazepam na ordem do dia.

De acordo com a história dos tranquilizantes, brevemente exposta, observou-se como o meprobamato veio abrindo caminhos para a ideia do "*better living through a pill*" (TONE, 2005, 2007), preparando o terreno para a entrada dos benzodiazepínicos. Estes apareceram como uma classe de medicamentos nova, cobrindo uma extensa gama que ia desde ansiedade leve a estados moderadamente severos, preenchendo as demandas crescentes do público na busca por aliviar estados de tensão (TONE, 2007, 2009; SHORTER, 2009). Observa-se pelos relatos como essa faixa extensa ainda faz jus à entrada do clonazepam na vida desses

usuários. Além disso, a própria dificuldade em se definir e mensurar a ansiedade (SMITH, 1991) faz com que o clonazepam possa circular por essas várias esferas.

No quarto eixo, "o(s) lugar(es) do clonazepam: trânsitos e percursos", observa-se como ele ocupa diferentes lugares na vida dos usuários, não assumindo necessariamente posições fixas e imutáveis. Sendo assim, de acordo com os percursos observados, foram identificados, em linhas gerais, quatro tipos de posições: predominantemente periférica, na qual o clonazepam era situado em lugar de resistência ou rejeição e como coadjuvante e acessório em comparação a outras substâncias; predominantemente central, no qual era recebido com grande expectativa e aceitação, se enraizando em lugar de significativa importância para o entrevistado, podendo este tornar-se resistente a qualquer movimento que pudesse tentar deslocá-lo dessa posição; da periferia para o centro, trânsito no qual o clonazepam era, inicialmente, recebido com desconfiança e resistência, mas assumindo lugar de grande importância para o usuário ao longo do tempo de uso; do centro para periferia, percurso no qual a substância ocupou por longo período local central no cotidiano do respondente, perdendo a importância em algum momento, em geral, por não mais satisfazer as expectativas do usuário, que opta por reduzir seu uso ou retirá-lo.

Certamente, esses "lugares" são apenas ilustrativos das múltiplas trajetórias possíveis, pois na vida de cada sujeito, cada deslocamento vai ter algo de singular, considerando os elementos em interação e o contexto social que compõem a história de cada um. Como já assinalado, trata-se de centros e periferias e os caminhos, não sendo lineares, assumem contornos que lhes são próprios. Contudo, é relevante perceber esses tipos como sinalizadores da própria complexidade e dinamismo da circulação do clonazepam na vida de cada um e, portanto, dos diferentes sentidos que pode ir assumindo no decorrer desses percursos, para um mesmo sujeito. Portanto, falar em sentidos diversos não deve remeter apenas às diferenças entre os entrevistados, mas também para um mesmo sujeito.

Como foi abordado anteriormente, o medicamento faz parte de uma ordem que é biográfica (VAN DER GEEST et al., 1996), tendo seu próprio ciclo de vida (COHEN et al., 2001). Dessa maneira, observa-se o quanto ele também se insere de forma peculiar na biografia de cada indivíduo. Conforme Cohen et al. (2001) demonstraram, o ciclo de vida do medicamento é dinâmico e composto por trajetórias diversas que envolvem "bifurcações, impasses, saltos", enfim, percursos imprevisíveis. Pode-se, por analogia, e considerando os relatos, atribuir esse mesmo dinamismo à inserção do clonazepam na trajetória biográfica de cada respondente. Cada um parece desenvolver sua própria trajetória com o clonazepam. Um

entrecruzamento dessas biografias, isto é, a do clonazepam e a do usuário, pode ser temática relevante de pesquisas futuras.

Outro ponto a ser destacado nesse eixo é o quanto a comparação que os usuários faziam em relação a outros medicamentos ou substâncias em uso estruturavam um panorama, no qual os deslocamentos do clonazepam ficavam mais visíveis e a posição que ele ocupava mais nítida para o próprio respondente. Nesse sentido, cabe relembrar o destaque dado pelo grupo de pesquisadores holandeses (SNELDERS et al., 2006; PIETERS & SNELDERS, 2007; GEELS et al., 2007) à comparação entre diferentes substâncias a fim de melhor perceber os lugares ocupados por cada uma no "ciclo Seige". Embora não se possa falar em um ciclo do clonazepam na vida de cada usuário, pois seria necessário desenvolver um estudo específico para essa averiguação, cabe ressaltar que a comparação entre medicamentos feita pelos próprios entrevistados serviu de guia para situar o clonazepam em suas trajetórias e vivências.

O quinto eixo, "as práticas de gestão e administração do uso", mostra como os usuários administram o uso da substância, de acordo com dosagens, momentos, frequência. Foram observadas três formas de gestão. A primeira forma era realizada de acordo com a recomendação médica, com os entrevistados seguindo exatamente as orientações dadas pelos profissionais. Isso era feito, inclusive, por aqueles usuários que se sentiam insatisfeitos com o uso do remédio, por não atingirem seus objetivos, dentre outros.

A segunda maneira observada foi a de uma gestão mesclada, na medida em que os respondentes começavam seguindo as orientações do médico, mas realizavam mudanças e experimentações próprias de uso. Contudo, em algum momento, relatavam as mudanças aos médicos e faziam negociações quanto à medicação (dosagens, frequência, etc).

O terceiro modo englobou os participantes que, mesmo que tivessem iniciado o uso com alguma indicação médica, optaram por um total afastamento do médico, criando um modo próprio de gestão, de acordo com suas circunstâncias de vida, vivências emocionais, entre outros. Cabe destacar que nos três grupos, os respondentes, de maneira geral, estabeleceram alguma associação entre o uso, a frequência e/ou as dosagens com o aparecimento ou a intensificação de emoções específicas como angústia, ansiedade, estresse, entre outros. Tal fato parece apontar para uma íntima relação entre a administração do clonazepam e a gestão das emoções. Nesse contexto, cabe indagar se o clonazepam não assumiria um papel de mediador entre "as emoções adversas" e o sujeito.

Desclaux e Lévy (2003) demonstraram o quanto os medicamentos foram se inserindo na vida cotidiana de forma tão contundente, que extrapolaram a esfera do tratamento para compor a gestão de fenômenos outros, dentre eles, a das emoções. Esse eixo pode ser pensado também nessa direção, inclusive ao mostrar que as práticas de administração e manejo do clonazepam assumem diferentes posições em relação à figura do médico e à esfera de um tratamento, adquirindo graus de independência variáveis desse enquadre. Ainda assim, para além dessa relação, parece que a interação com as emoções atravessa todas as configurações observadas.

Outra questão a ser abordada nesse âmbito seria a relação entre os usos "médico e não-médico" do clonazepam, na medida em que se percebe que as práticas de gestão não se ligam necessariamente às orientações médicas, assumindo critérios próprios de administração que não são necessariamente ligados ao âmbito da saúde, das doenças e dos sintomas. Antes, parecem associar-se a emoções ou a sensações experienciadas pelos entrevistados. Van der Geest et al. (1996) referem-se à automedicação como as práticas de uso realizadas fora do controle do médico. Nesse sentido, as diferentes formas de gestão observadas podem apontar, em maior ou menor grau, à indefinição das fronteiras entre médico e não-médico (PIETERS & SNELDERS, 2009) parecendo ficar aparente nesse eixo.

Além disso, essas práticas, nas quais os usuários manejam suas doses, modos e frequências de uso (mesmo se mescladas com o esquema médico) são perpassadas, em algum grau, pelas características levantadas por Desclaux e Lévy (2003) por aspectos como autonomia e escolha, possibilitadas pelo uso privado que escapa a certos controles sociais. Por exemplo, quando uma das entrevistadas relatou que "*tirou o medicamento na maior e só falou para o médico dois meses depois*", algo dessa escolha e dessa autonomia fica explicitado, principalmente, por ela ter feito questão em relatar para o médico na época em que quis, cerca de dois meses depois. Cabe indagar se não teria essa atitude de contar para o médico tanto tempo depois, em vez de simplesmente não contar ou contar imediatamente, uma afirmação de sua autonomia perante um "controle médico".

O sexto eixo, "percepção de risco e benefício", apresenta a maneira como os entrevistados desenvolvem suas avaliações quanto à manutenção do uso do medicamento, uma vez que essa relação explicitou-se nos momentos em que falavam sobre a retirada ou não do clonazepam. Percebe-se como os participantes vão fazendo um levantamento entre: os benefícios obtidos ou não mais recebidos, os efeitos indesejados vivenciados e o que conhecem ou "ouviram falar" sobre os riscos. Sendo assim, observou-se que dependendo da

conjugação entre esses fatores, há decisões que parecem menos atravessadas por dúvidas e conflitos, enquanto outras são marcadas por forte ambivalência.

Entrevistados que consideravam não ter nenhum benefício e ainda sentiam algum tipo de insatisfação com o uso da substância, associado a uma não preocupação com o risco ("*o risco não é uma questão para mim*") não apresentaram dificuldades quanto a tomar decisão de parar de tomar ou trocar de medicamento. De modo similar, mas com outra combinação entre esses fatores, houve entrevistado cuja decisão era baseada na grande busca do benefício ("como não ter mais crises"), da não percepção de efeitos colaterais e da submissão dos riscos aos benefícios obtidos, justificando a continuidade do uso.

Houve caso também em que pelos benefícios não mais obtidos como antes, aliados a mudanças nas circunstâncias de vida, o entrevistado optou por ir diminuindo as doses, com o intuito de parar de tomar. Decisão fortalecida quando soube, pela médica do posto de saúde, do risco de Alzheimer. Porém, houve casos de intensa ambivalência na medida em que os entrevistados iam e voltavam entre os riscos, os benefícios e os efeitos indesejados.

A questão principal que se apresenta nesse eixo é que a construção da racionalidade em torno do uso apresenta características muito específicas de acordo com a vivência de cada entrevistado. Isso porque as concepções e as percepções de risco e benefício são muito variadas. As apresentações desse eixo vão na direção do que foi encontrado por Whyte et al. (2002) em seus estudos etnográficos sobre uso de medicamentos, tomada de decisões e as experiências de cada cultura, apontando que cada usuário tem a sua própria forma de racionalidade. Construção essa que, segundo Cohen et al. (2001) se baseia em aspectos diversos como concepções de saúde e doença, compreensões de risco e benefício, as expectativas em torno do medicamento, entre outros. Para além disso, Flower (2004) destaca que os próprios objetivos quanto ao uso do medicamento não são homogêneos nem evidentes, apontando também para a indefinição de fronteiras entre desejos e aspirações e fins terapêuticos, entre necessidade e doença, tornando obscuro esse campo, que impacta de forma significativa nas decisões dos usuários e em suas relações com o medicamento.

Esse eixo demonstrou como as percepções são bastante variadas, por exemplo, observou-se menções ao "risco de Alzheimer" (ou "esquecimento", ou "esclerose", etc) com formas significativamente diferentes de lidar com isso. Enquanto uma respondente colocou que não se importa, pois está "*com controle médico*", "*sem aumentar a dose*", "*tomando sua dosezinha diária de bem-estar*" e que não se importa com o "*ficar doente mais cedo*" nesse momento, outra usa isso para corroborar "*seu ritmo*" de ir retirando aos poucos a medicação.

Já uma outra usa do humor para depreender o "benefício" de que "*se quem tem pânico tem medo de morrer, então ela estará esclerosada e não saberá que morreu*". Certamente, essas percepções estão conectadas a outros fatores do contexto das respondentes e de suas trajetórias com o clonazepam, mas essas passagens foram retomadas isoladamente apenas para ilustrar as diferentes formas de lidar com essa avaliação.

Outra questão que fica evidente é a tensão existente entre os parâmetros e a preocupação com o "uso racional dos medicamentos" dos organismos nacionais e internacionais de saúde e a racionalidade própria dos usuários, colocando o diálogo entre esses atores como um grande desafio.

O sétimo eixo, "quem age: eu ou o clonazepam?", traz situações, nas quais os entrevistados se questionam sobre quem seria o agente de determinadas percepções de efeitos em si mesmos ou em suas vidas de relação. Tais questões em torno das ações vieram correlacionadas, em uma primeira apresentação, aos possíveis efeitos (desejados ou indesejados) vivenciados com o medicamento, podendo estar ligadas tanto ao binômio "si mesmo x clonazepam", como ao "clonazepam x outro agente externo". No binômio "si-mesmo x clonazepam", observou-se indagações sobre, por exemplo, se algo como o esquecimento ou a insônia que estavam sendo vivenciados eram provenientes do clonazepam ou do fato da pessoa já estar idosa. Outro exemplo foi se a calma atingida perante situações de estresse era fruto do medicamento ou do processo de amadurecimento ao longo da vida. Nesse sentido, vê-se uma hesitação entre "é algo meu ou causado pelo clonazepam"?

Outra forma de questionar o agente em relação aos efeitos era perguntando se a ação era do clonazepam ou de outros fatores externos. Por exemplo, a percepção de perda de libido, que em algum momento é pensada como gerada pelo medicamento, porém com mais intensidade referida a questões da relação ou problemas conjugais. Também houve, inclusive, o questionamento por parte de alguns médicos do próprio efeito. Por exemplo, quando o médico, segundo a repondente informou em um dos relatos, afirmava que ela não estava "esquecida" e ela dizia que sim. Em seguida, ele respondia que o único remédio capaz de causar esquecimento, dentre os que ela tomava, era o Rivotril, mas que no caso dela se tratava de estresse. Essa compreensão foi na mesma direção de uma outra médica que teria dito à respondente que seu esquecimento era fruto de estresse, embora a entrevistada continuasse achando que era do clonazepam.

Essa primeira forma de abordar a agência está mais no campo da pergunta "o que age em mim no meu X (esquecimento, amadurecimento, perda de libido, etc)?": "É algo meu

(idade, experiência, etc) que age em mim?", como um processo "natural" de envelhecimento, processo de amadurecimento, questões situadas no tempo de alguma forma, entre outros; "É algo externo?", como estresse, problemas conjugais, etc; "É o clonazepam?".

Uma segunda forma de discutir sobre a agência diz respeito ao que o clonazepam permite ou possibilita no agir no mundo, na agência na vida social, no cotidiano. Sendo assim, foram recolhidas falas que colocavam o clonazepam em lugar fundamental para que determinadas ações fossem possíveis como sair à noite, ir a festas e encontros sociais, trabalhar, dentre outros. Alguns relatos afirmavam explicitamente essa conexão, enquanto outros davam a impressão de que sem o clonazepam, tais ações não seriam possíveis de serem realizadas.

As formas nas quais essas dúvidas apareceram, indo e voltando entre "o clonazepam e o sujeito", "o clonazepam e algum outro agente externo" denunciam, em certa medida, a sua imbricação no cotidiano das pessoas, a sua presença diluída e constante na vida dos entrevistados. Isso remete à caracterização feita por Fraser et al. (2009) do medicamento como agente social, conforme já citado, indicando que "[...] tanto quanto nós vivemos através das drogas, elas vivem através de nós" (p.124, tradução nossa)[88]. Além do papel de agente, percebe-se nesse eixo também seu papel como dispositivo (AKRICH, 1995), uma vez que através dele as pessoas experienciam suas sensações/sintomas, interpretam seus estados e constroem "teorias" sobre eles, apontando as relações de causa e efeito que lhes faz sentido, conforme destaca a autora. Nesse modo de compreender o medicamento, fica evidente porque ocorrem esses deslizamentos entre esses polos (eu – clonazepam – agente externo) que se mostram aparentes nas perguntas e hesitações. Uma vez funcionando como dispositivo e agente social, imiscuido na vida diária e participando da construção da própria experiência de saúde e doença, de interpretações do próprio estado, de corpo, de relações de causa e efeito, entre outros, torna-se difícil capturá-lo em sentidos fixos, por conta de seu funcionamento circulante.

Essa presença no cotidiano se estende para além das dinâmicas acima descritas para comporem a percepção de si, passando a fazer parte tanto da identidade (DUMIT, 2012), quanto do *self* (JENKINS, 2005, 2010). Nessa discussão, situa-se o oitavo eixo, denominado "percepção de si". Transitando por essas temáticas da identidade e do *self*, embora a abordagem desses autores tenha diferenças internas, esse eixo aponta para a percepção dos

[88] O texto em língua estrangeira é: "[…] as much as we live through drugs, they live through us."

respondentes sobre si mesmos com o clonazepam, isto é, passa-se da discussão sobre "quem está agindo" para a compreensão de "quem eu sou com o clonazepam".

Nessa direção, foram recortadas as falas que faziam referência à relação do clonazepam com o "eu", seja de forma difusa ("*se eu tirar, não vai fazer bem ao meu eu*"), ou de forma direta ("*sem ele fico fora de mim, com ele eu consigo ser mais eu*"). Destaca-se, por exemplo, nesse último relato, uma semelhança com a observação de Martin (2006) sobre a propaganda de medicamentos que veicularia como as pessoas poderiam ser melhores ou "ser elas mesmas sem a interferência do transtorno mental" (p.276). A entrevistada afirmar que com o clonazepam ela consegue ser ela mesma, embora não faça referência, como no exemplo de Martin (2006), a nenhum transtorno mental, coloca essa substância em relação direta com a percepção de si. Mais do que isso, dizer que "*sem ele, parece que fico fora de mim*", dá a entender, em alguma medida, que o clonazepam encarna nela o sentido de si mesma. A sua experiência de "eu" demonstra estar completamente vinculada ao uso do clonazepam.

Uma das entrevistadas estabelece a relação entre "*tomar um Rivotril, um tarja preta*" e "*não ser muito boa da cabeça*". Contudo, após 20 anos e algumas mudanças em sua rotina e nos efeitos sentidos com o clonazepam, a participante decide, por conta própria, iniciar um processo de redução gradual, de forma que, atualmente, toma "*dia sim, dia não*". Em determinado momento da entrevista, no qual enumera as atividades que consegue fazer sozinha, apesar da idade, deixando entrever uma vivência de potência, questiona "*acho que tô dentro da normalidade não tô*"? "*Normalidade*" que aparece nesse momento em que está deixando de tomar o clonazepam, "*remédio de quem não é muito bom da cabeça*". Seria, portanto, pertinente questionar se a redução do medicamento não estaria sendo experienciada pela respondente como um retorno à "normalidade".

De todos os entrevistados, foi nesse relato que apareceu a relação entre "doença x normalidade" de maneira mais explícita, a partir de uma referência ao próprio "eu". A análise de relatos é relevante, na medida em que considera não só o conteúdo do que é dito, mas o contexto e a forma como o entrevistado se expressa. Sendo assim, percebe-se que a correlação que ela faz não é entre "*não ser boa da cabeça*" e, por isso, "*tomar o Rivotril*". Ao contrário, da forma como ela expressa, o ato de "*tomar um Rivotril, um tarja preta*" é que parece fazer com que ela se experiencie como uma pessoa "*não muito certa da ideia*", e essa é "ela com o Rivotril". Da mesma maneira que "*tomando dia sim, dia não*"(com vistas a parar), associado às atividades que têm feito, parece ter influenciado o fato dela começar a se perceber como

"*dentro da normalidade*" ("*na minha cabeça eu acho que eu tô vivendo bem*"). Ressalta-se essa última frase, porque a entonação que ela dá ao "*na minha cabeça, eu acho...*" contrapõe-se à frase "*eu não sei, porque não sou...*" (deu a entender que completaria com a palavra "médica"), frase essa que coloca em evidência um saber médico conforme aparece em outros momentos da entrevista.

A quase todo momento, as ênfases que ela dá a sua opinião como "*isso sou EU, sou EU que penso assim*" são para fazer um contraponto ao saber médico, isto é, "não foi o médico que falou para eu fazer isso ou aquilo". Parece, portanto, que esse processo também tem sido vivenciado com certa ambivalência ora com uma sensação de autonomia e escolha, ora com um tom de depreciação ("*é a opinião de uma burra velha*").

Todas essas ilustrações coadunam-se com as constatações de Martin (2006), que observou em suas pesquisas que as pessoas experimentavam modificações na percepção de si mesmas conforme a substância utilizada, com algumas pessoas relatando transformações na própria identidade. Dessa forma, conforme visto no capítulo 1, a autora pontua que, nesse processo, o medicamento também perde sua personalidade própria para ser incorporado a uma nova identidade vivenciada pelo sujeito. Mais um vez, observa-se como o clonazepam vai assumindo novos sentidos de acordo com essas experiências. Ele deixa de ser um "remédio-coisa" para ser parte de um "eu" ou, até mesmo, para "autenticar" esse eu.

O verbo "autenticar", nesse caso, pode ser compreendido em um duplo sentido, nesse contexto, se considerada sua definição formal[89]. De um lado, pode se correlacionar com a ideia de que somente se atinge a "autenticidade do eu" (tornar o eu verdadeiro) por meio do uso do clonazepam ("*com ele, eu consigo ser eu mesma*"). De outro, o seu uso "validaria", "legitimaria como verdadeiro" para o entrevistado um determinado rótulo ou percepção sobre esse "eu", como no caso da respondente que diz que "*pra tomar um Rivotril, é porque não sou muito boa da cabeça*", ou seja, o uso do clonazepam "autenticaria", "legitimaria" o "não ser boa da cabeça".

Como observado, portanto, há um embate em torno do uso do medicamento e da noção de identidade e de autenticidade. Enquanto uns questionam se esse uso não estaria a serviço de uma "normalização" do sujeito às exigências sociais, outros, na direção contrária, defendem a ideia segundo a qual o medicamento possibilitaria a utilização máxima das próprias capacidades (DE JONGH et al., 2008; SCHELLE et al., 2014).

[89] AUTENTICAR: 1. Tornar autêntico; reconhecer como verdadeiro. 2. Autorizar ou certificar segundo as fórmulas legais; legalizar (DICIONÁRIO AURÉLIO DA LÍNGUA PORTUGUESA, 4. ed, 2008).

Por fim, o nono eixo, "o fantasma da dependência", congregou um número significativo de relatos, em diferentes formatos. Uma primeira forma de abordagem explicitava a dependência física e psicológica, sendo o clonazepam identificado, inclusive, como "salvação", embora aparecesse o desejo de "*superar as crises sozinha*", isto é, sem ele.

Um segundo formato de apresentação foi constituído por significativa ambivalência percebida nos relatos dos respondentes que ora se questionavam se era vício ou não, se eram dependentes ou não, com uma forma de lidar com o uso do clonazepam bastante conflituosa. Por fim, o terceiro grupo de relatos situava explicitamente a "não dependência do clonazepam", porém apontando o "perigo da dependência" a partir de práticas de evitação, como controle de frequências e doses. Inclusive, ainda que a pessoa não se considerasse dependente, em alguma medida aparecia o receio de que isso viesse acontecer.

Esse eixo também possibilita entrever a grande questão que rodeia as fronteiras entre "vício x cuidado", "tratamento x abuso", bem como o dilema "necessidade x desejo de parar", reforçando o caráter fluido e indefinido dessas fronteiras, cuja história é longa.

As hesitações e deslizamentos dos respondentes em suas respostas, bem como os conflitos captados em suas falas, expressam um marcante caráter de ambivalência. Observa-se que alguns dos termos utilizados pelos entrevistados são comumente usados nas discussões que versam sobre drogas ilícitas (vício, dependência, etc). Além disso, foi possível perceber também um julgamento que parece se aproximar dessa discussão como, por exemplo, quando a entrevistada conta sua experiência de abstinência e expressa sua surpresa de "*jamais imaginar que ela poderia ter uma abstinência de um remédio, que podia imaginar os outros, mas não ela*."

Isso de imaginar os outros, mas não a si mesmo, associado à entonação dada na entrevista à expressão "*abstinência de um remédio*", parece vir carregado também do estigma ligado ao uso de drogas ilícitas. Racine e Forlini (2010) encontraram o uso de termos associados a drogas ilícitas nas discussões identificadas no "paradigma do abuso de drogas de prescrição", conforme visto no capítulo 1, e que parece transparecer em alguns relatos desse eixo.

Gabe e Bury (1988) também observaram em pesquisa com usuários de tranquilizantes a presença de intensa ambivalência, que era advinda do conflito entre a aceitação social do uso de uma "droga lícita" para tratamento e o sentimento de culpa do usuário por não se sentir capaz de resolver seus problemas sem o remédio. De fato, uma das respondentes traz grande enfoque nesse ponto, afirmando ter esperado comprar o medicamento a fim de ver "*se*

conseguia resolver sozinha" e que, atualmente, tenta usar apenas em último caso, porque acha que "*tem que resolver sozinha*" e "*porque não quer se tornar uma dependente*". Observa-se, nesse exemplo, o enfoque moralizante abordado no capítulo 2, a partir do conceito de "calvinismo farmacológico", criado por G. Klerman, no final da década de 1960, discutido por Smith (1991) na história dos tranquilizantes menores. Essa ideia parece refletida nessa busca por superar uma dificuldade por esforço próprio, sozinha, sem a ajuda de um remédio, tentando, ao máximo, não o utilizar. Especialmente, pela forma e pelo tom com que essa respondente trouxe a questão na entrevista.

Além disso, já foram vistos relatos nessa direção do "*superar sozinha sem o remédio*" ou "*todo mundo rejeita remédio e o sonho de todo dependente é parar de utilizar qualquer coisa*". Parecem relatos marcados por uma abordagem moralizante e algum grau de sofrimento envolvido. Por fim, cabe ressaltar que a ambivalência não aparece apenas nesse eixo, atravessando os demais eixos, em diferentes momentos, o que reforça a ideia de alguns autores de que o uso de medicamentos em si é um campo marcado por significativa ambivalência (DESCLAUX & LÉVY, 2003; CEDRASCHI et al., 2006; MARTIN, 2006; PETERSEN et al., 2014).

Por fim, foi possível observar, nos diferentes eixos, as expectativas dos usuários em torno do clonazepam, as variadas práticas de gestão e administração encetadas e desenvolvidas por eles, os lugares dados por eles ao clonazepam no dia-a-dia, as ações presentes na relação deles com o clonazepam e seus impactos tanto na dinâmica da vida ordinária quanto na vida social de relação. O trabalho com eixos pôde demonstrar como os trajetos e as posições assumidas pela experiência do entrevistado com o clonazepam são diversificados e dinâmicos, de maneira que um eixo influencia no movimento de outro eixo, de forma simultânea e imprevisível. Seguir essas transformações multidirecionais é o que possibilita em momentos específicos, entrever os sentidos que estão imersos nesses percursos. Sendo assim, foi possível captar não "os sentidos", mas sim uma multiplicidade de sentidos para os diferentes usuários e também no decorrer das vivências para um mesmo entrevistado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscar apreender os motivos que tornaram o clonazepam um fenômeno de vendas em contexto brasileiro é tarefa que extrapola os limites desse trabalho. Antes de tentar encontrar respostas, pretendeu-se captar as perguntas que esse fenômeno poderia instigar e chamar à reflexão.

Com isso, começaram a surgir indagações sobre o que esse fenômeno permitiria revelar sobre o contexto social e cultural em que vivemos, a partir da análise do lugar que os chamados "ansiolíticos" têm ocupado enquanto fato e objeto social. Nesse sentido, o clonazepam, ao estar entre as substâncias mais vendidas no país e fazer parte de uma das classes de medicamentos mais consumidas no mundo, assume papel de destaque enquanto operador analítico.

Como medicamento, ele ocupa a posição do "entre", conforme afirmou Pignarre (1999), estando no intercruzamento entre a ciência, a sociedade e o mercado. Para além disso, segundo Smith (1991), os "tranquilizantes menores", especificamente, tiveram papel especial por comportarem uma bagagem social única, jamais observada nas demais classes de drogas. Isso teria possibilitado, segundo o autor, que essas substâncias apontassem para diversas questões sociais que engendraram pesquisas e reflexões, mas que ainda aguardam por respostas.

O fato é que o clonazepam é uma substância para a qual parecem convergir essas múltiplas linhas de força que, se por um lado, lhe colocam em uma posição privilegiada de análise, visto estar em um *locus* de constante movimento e tensão, por outro, a todo tempo nos escapa, dado o seu dinamismo que lhe confere caráter mutável e imprevisível.

Tendo em vista a ordem biográfica dos medicamentos (VAN DER GEEST et al., 1996), seu ciclo de vida social (COHEN et al, 2001) e seu papel enquanto dispositivo (AKRICH, 1995), símbolo e representação (LEFÉVRE, 1983, 1987; DESCLAUX & LÉVY, 2003) buscou-se vislumbrar a complexa dinâmica, da qual ele faz parte. Observou-se, no decorrer do trabalho, que múltiplos atores participam dos diferentes estágios desse ciclo, embora não tenha sido possível, pelo limite de espaço, abordar profundamente o papel e a especificidade de cada um. Contudo, pôde-se perceber que as pesquisas não têm dispensado a mesma atenção a todos os componentes.

Observou-se que pesquisas de cunho qualitativo que abordam o ponto de vista dos usuários do clonazepam, apesar de existirem e estarem gradualmente aumentando, ainda são inexpressivas se comparadas às pesquisas quantitativas, de cunho epidemiológico. Abrir espaço para esse tipo de perspectiva é fundamental para a apreensão do fenômeno social que o clonazepam encarna na atualidade, bem como para o valor que assume no consumo e nas experiências dos indivíduos.

Sendo assim, objetivou-se dar voz a esses usuários com o intuito de apreender a multiplicidade de sentidos que o clonazepam enquanto objeto social, fato, artefato, símbolo e representação pode assumir. Para isso, foi necessário abordar questões variadas sobre a relação do entrevistado com essa substância ao longo de sua história, a partir de diferentes tópicos (expectativas com o uso, formas de gestão e administração, tempo de uso, motivos para o consumo, efeitos desejados e indesejados, etc). A ideia era mapear, de alguma forma, os fatores envolvidos nessa dinâmica da aquisição e do consumo do clonazepam, buscando recolher o que o campo ofertava, em vez de responder a perguntas pré-determinadas ou aprisionar o material com alguma hipótese prévia (ao menos nesse momento).

A partir das entrevistas, pôde-se apreender alguns eixos de análise que congregaram temáticas específicas abordadas pelos participantes, embora de maneiras diversificadas. De fato, as nuances apresentadas constituíram-se em um dos focos principais de análise, por ofertar rico material sobre os múltiplos sentidos assumidos pelo clonazepam para os respondentes. Sendo assim, observou-se que, desde a própria concepção do clonazepam (enquanto medicamento, droga, tarja preta, etc), passando pelos motivos de uso e formas de administração e manejo, até a percepção de risco e benefício e as ações construídas em torno disso, as trajetórias delineadas foram diversas.

Tais resultados vão na direção dos achados das relevantes pesquisas qualitativas pioneiras sobre o uso de benzodiazepínicos na visão de consumidores (KING et al., 1990; BARTER & CORMACK, 1996), que constataram que os padrões de uso e as percepções sobre os efeitos dessas substâncias, bem como os sentidos dados a elas são heterogêneos e diversificados. Isso aponta para a necessidade de cautela ao analisar essa temática, tomando-se cuidado para não generalizar qualquer resultado nem uniformizar o fenômeno do uso.

Cabe destacar que o presente trabalho apresenta algumas limitações. Além do tamanho reduzido da amostra, as dificuldades encontradas em campo com as estratégias de coleta iniciais e a posterior mudança para a técnica de *snow-ball* trouxeram problemas para o recorte

da amostra e, consequentemente, para se pensar o contexto de análise. Isso aponta para a necessidade de pesquisas futuras em contextos específicos e definidos.

Apesar de se contar com uma amostra pequena, acredita-se que ela auxiliou a dar um pequeno passo no conhecimento do microcosmo do usuário crônico de clonazepam. Se não com respostas, ao menos com perguntas e reflexões que podem indicar novas direções para futuras pesquisas. Sendo o clonazepam um *blockbuster* dos medicamentos controlados no Brasil, dar voz a esses usuários pode contribuir para que se entenda seu sucesso, mas também para que se compreenda sua atratividade sobre quem o consome, bem como a ambivalência envolvida nessa relação. De um lado, seu apelo como objeto de desejo que vende uma salvação para a dor. De outro, seu espectro fantasmático que assombra com o risco da dependência. No meio deles, a racionalidade de cada usuário e sua forma singular de se relacionar com o clonazepam e de negociar com a própria ambivalência.

Nesse sentido, corrobora-se a constatação de Cohen et al. (2001) de que "[...] o paradigma do 'uso racional de drogas' falha em apreciar as várias racionalidades legítimas motivadas pelo uso de medicamentos e é, por conseguinte, inadequado para compreender o lugar dos medicamentos na sociedade[90]" (p.441, tradução nossa). Portanto, nada mais legítimo do que dar voz a quem pode nos permitir caracterizar melhor o que, em termos médicos, se define conceitualmente como "*misuse*". Termo esse que, do ponto de vista socioantropológico, talvez seja ainda bastante inconsistente para definir a riqueza das diferentes racionalidades das práticas de uso de substâncias lícitas controladas, como é o caso de nosso objeto de estudo.

Diante das reflexões engendradas a partir desses percursos particulares construídos pelos entrevistados em suas experiências com o clonazepam, talvez um passo posterior desse trabalho seja comparar as trajetórias de uso dessa substância no Brasil com as estudadas em outros países. Nesse contexto, cabe destacar os estudos comparativos do grupo de pesquisadores holandeses (SNELDERS et al., 2006; PIETERS & SNELDERS, 2007; GEELS et al., 2007) entre Inglaterra, Canadá, Alemanha, Holanda e Estados-Unidos, por exemplo. Autores suíços (MAIER et al., 2013; MAIER & SCHAUB, 2015; MAIER, HAUG & SCHAUB, 2015) também têm se dedicado a estudar as rotas e a rastrear como medicamentos de prescrição (estimulantes e tranquilizantes) têm sido apropriados e disseminados na Suíça e em outros países europeus para fins de *neuroenhancement*. Cabe destacar também as

[90] O texto em língua estrangeira é: "[…] the 'rational use of drugs' paradigm fails to appreciate various legitimate rationalities motivating medication usages and is therefore inadequate to understand the place of medications in society."

pesquisas, no Canadá, de Racine e Forlini (2010) que focaram suas investigações em substâncias estimulantes, cujo uso têm se constituído, há mais de uma década, em problema de saúde pública em seu país.

Esse contexto demonstra a possibilidade que se descortina para pesquisas comparativas entre as trajetórias dos benzodiazepínicos com as de outras substâncias, em diferentes países. Além disso, revela que o consumo de substâncias psicoativas controladas lícitas e as fronteiras borradas que esse consumo passa a ter com o próprio uso de substâncias ilícitas - tendo em comum, por exemplo, a compra por *black market*s ou via internet, consumo indiscriminado e compulsivo, adicção - se mostra, sem dúvida, um campo profícuo a ser pesquisado tanto em contexto amplo, no geral, quanto no Brasil, em particular.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, J. Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, v.44, n.4, p.603-622, 2010.

ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F.; PEPE, V. L. E. Consumption of Psychotropic Drugs in an Administrative Region of the City of Rio de Janeiro: Ilha do Governador. *Cadernos de Saúde Pública*, v.10, n.1, p.05-16, 1994.

ALVARENGA, J. M.; DE LOYOLA FILHO, A. I.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F.; UCHOA, E. Prevalence and socio-demographic characteristics associated with benzodiazepines use among community-dwelling older adults: results from the Bambuí study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.30, n.1, p.7-11, 2007.

ALVARENGA, J. M.; DE LOYOLA FILHO, A. I.; FIRMO, J. O. A; LIMA-COSTA, M. F.; UCHOA, E. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.30, n.1, p.7-11, 2008.

ALVARENGA, J. M.; DE LOYOLA FILHO, A. I.; GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de "jogar água no fogo", não pensar e dormir. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.249-258, 2015.

ALVARENGA, J. M.; GIACOMIN, K. C.; DE LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A. Uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, v.48, n.6, p.866-872, 2014.

ANDRADE, M. F.; ANDRADE, R. C. G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v.40, n.4, p.471-479, 2004.

ANGELL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2014; 2004 (1ª ed).

ANVISA. Resultados 2009. *Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados* (SNGPC). Anvisa, Brasília, 2009.

AKRICH, M. Petite anthropologie du medicament. *Techniques et Culture*, n.25-26, p.129-157, 1995.

ASHTON, H. *Benzodiazepines, how they work and how to withdraw*. Newcastle University: Institute of Neuroscience, 2002. Disponível em: http://www.benzo.org.uk/manual/. Acesso em set 2015.

AUCHEWSKI, L.; ANDREATINI, R.; GALDURÓZ, J. C. F.; LACERDA, R. B. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.26, n.1, p.24-31, 2004.

AZEVEDO, A. J. P.; ARAÚJO, A. A.; FERREIRA, M. A. F. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n.1, p.83-90, 2016.

AZIZE, R. L. Antropologia e medicamentos: uma aproximação necessária. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*, v.4, n.1, p.134-139, 2012.

BARTER, G.; CORMACK, M. The long-term use of benzodiazepines: patients`views, accounts and experiences. *Family Practice*, v.13, n.6, p.491-497, 1996.

BELL, S. E.; FIGERT, A. E. Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: looking backward, sideways and forward. *Social Science and Medicine*, v.75, n.5, p.775-783, 2012.

BERNIK, M. B.; SOARES, M. B. M.; SOARES, C. N. Benzodiazepínicos: padrões de uso, tolerância e dependência. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v.48, n.1, p.131-137, 1990.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M.; SILVA, M. H. G. F. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia*, USP, Ribeirão Preto, n.2, p.61-69, 1992.

BUSTO, V.; SELLERS, E. M.; NARANJO, C. A.; CAPPELL, H.; SANCHEZ-CRAIG, M.; SIMPKINS, J. Patterns of benzodiazepine abuse and dependence. *British Journal of Addiction*, v.81, n.1, p.87-94, 1986.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A.; MOURA, Y. G.; SANCHEZ, Z. V.M. *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005*. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 473 p., 2006.

CEDRASCHI, C.; PIGUET, V.; ALLAZ, A. F. Les médicaments – des molécules et des relations. *Revue Medicale Suisse*, n.71, 2006. Disponível em http://www.revmed.ch/rms/2006/RMS-71/31462. Acesso em nov 2015.

CHAN, S.; HARRIS, J. Moral enhancement and pro-social behavior. *Journal of Medical Ethics*, v.37, n.3, p.130-131, 2011.

CHARNEY, D. S.; MIHIC, S. J.; HARRIS, R. A. Hipnóticos e Sedativos. In: GOODMAN GILMAN, A. (Org.). *As bases farmacológicas da terapêutica*. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, p.303-324, 2005.

CHATTERJEE, A. The promise and predicament of cosmetic neurology. *Journal of Medical Ethics*, v.32, n.2, p.110-113, 2006.

CHATTERJEE, A. Cosmetic neurology and cosmetic surgery: parallels, predictions, and challenges. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, v.16, n.2, p.129-137, 2007.

CLARKE, A. E.; SHIM, J. K.; MAMO, L.; FOSKET, J. R.; FISHMAN, J. R. *Biomedicalization*: Technoscientific transformations of health, illness and US Biomedicine. *American Sociological Review*, v.68, n.2, p.161-194, 2003.

COHEN, D.; MCCUBBIN, M.; COLLIN, J.; PÉRODEAU, G. Medications as social phenomena. *Health*, v.5, n.4, p.441-469, 2001

CONRAD, P. The meaning of medications: another look at compliance. *Social Science and Medicine*, v.20, n.1, p.29-37, 1985.

_____. Medicalization and social control. *Annual Review Sociology*, v.18, p.209-232, 1992.

_____. *The medicalization of society*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.

CUNHA, C. D.; SOUZA, M. C. C.; CATTANIO, G. A. A.; IAHNN, S. R.; LIMA, R. C. Uso de benzodiazepínicos e fatores associados em idosos na cidade de Dourados, MS, Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.64, n.3, p.207-212, 2015.

CURRIE, J. C. Manufacturing addiction: the over-prescription of benzodiazepines and sleeping pills to women in Canada. *British Columbia Centre of Excellence for Women's Health*, Policy Series, p.1-13, 2003.

DE JONGH, R.; BOLT, I.; SCHERMER, M.; OLIVIER, B. Botox for the brain: enhancement of cognition, mood and pro-social behavior and blunting of unwanted memories. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, v.32, n.4, p.760-776, 2008.

DESCLAUX, A. Medicamento, um objeto de futuro na Antropologia. *Revista Mediações*, Londrina, v.11, n.2, p.113-130, 2006.

DESCLAUX, A.; LÉVY, J.-J. Présentation: cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? *Anthropologie et Sociétés*, v.27, n.2, p.5-21, 2003.

DRULHE, M.; FERNANDEZ, I. Médicaments ou remèdes? Significations et usages sociaux de substances censées avoir des effets psychosomatiques. *6th International Conference on Social Representations*, 27 august-1 september, 2002.

DIASIO, R. B. Fundamentos da terapia com drogas. In: GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. (Orgs.). *Cecil Medicina*. 24. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, v. 1, p. 152-161, 2014.

DUMIT, J. *Drugs for life*. North Carolina: Duke University Press, 2012.

DUMIT, J.; GREENSLIT, N. Informated health and ethical identity management. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v.30, n.2, p.127-134, 2006.

ETTORRE, E.; RISKA, E. *Gendered moods – psychotropics and society*. Nova Iorque: Routledge, 1995.

FAERNSTEIN, E. et al. Estudo Pró-Saúde: observações adicionais sobre temas e métodos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.8, n.4, p.474-476, dez 2005a.

FAERNSTEIN, E. et al. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.8, n.4, p.454-466, dez 2005b.

FARAH, M. J.; ILLES, J.; COOK-DEEGAN, R.; GARDNER, H.; KANDEL, E..; KING, P.; PARENS, E.; SAHAKIAN, B.; WOLPE, P. R. Neurocognitive enhancement: what can we do and what should we do? *Nature Reviews Neuroscience*, v.5, n.5, p.421-425, 2004.

FIRMINO, K. F.; ABREU, M. H. N.; PERINI, E.; MAGALHÃES, S. M. S. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.27, n.6, p.1223-1232, 2011.

FIRMINO, K. F.; ABREU, M. H. N.; PERINI, E.; MAGALHÃES, S. M. S. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.1, 157-166, 2012.

FLOWER, R. Lifestyle drugs: pharmacology and the social agenda. *Trends in Pharmacological Sciences*, v.25, n.4, p.182-185, 2004.

FORD, C.; LAW, F. *Guidance for the use and reduction of misuse of benzodiazepines and other hypnotics and anxiolytics in general practice*, p.1-63, 2014. Disponível em: http://www.smmgp.org.uk/download/guidance/guidance025.pdf. Acesso em set 2015.

FOURRIER, A.; LETENNEUR, L.; DARTIGUES, J. F.; MOORE, N.; BÉGAUD, B. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population: characteristics of users and factors associated with subsequent use. *European Journal of Clinical Pharmacology*, v.57, n.5, p.419-425, 2001.

FOX, N. J.; WARD, K. J. Health identities: from expert patient to resisting consumer. *Health*, v.10, n.4, p.461-479, 2006.

_____. Pharma in the Bedroom … and the Kitchen … The Pharmaceuticalisation of Daily Life. *Sociology of Health & Illness*, v.30, n.6, p.856-868, 2008.

FRASER, S.; VALENTINE; K.; ROBERTS, C. Living drugs. *Science as Culture*, v.18, n.2, p.123-131, 2009.

FRESLE, D. A.; WOLFHEIM, C. *Public Education in Rational Drug Use: a global survey.* Geneva: OMS, 1997. Disponível em: http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2235e/s2235e.pdf. Acesso em set 2015.

GABE, J.; BURY, M. Tranquillisers as a social problem. *Sociological Review*, v.36, p.320-352, 1988.

GABE, J.; LIPSHITZ-PHILLIPS, S. Tranquillisers as social control? *Sociological Review*, v.32, p.524-546, 1984.

GAGE, S. B.; MORIDE, Y.; DUCRUET, T.; KURTH, T.; VERDOUX, H.; TOURNIER, M.; PARIENTE, A.; BÉGAUD, B.; Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *British Medical Journal*, v.349, p.1-10, 2014.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país-2001. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.13, número especial, p.888-895, 2005.

GEELS, F. W.; PIETERS, T.; SNELDERS, S. Cultural enthusiasm, resistance and the societal embedding of new technologies: psychotropic drugs in the 20th century. *Technology Analysis & Strategic Mangement*, v.19, n.2, p.145-165, 2007.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2008.

GRAY, S. L.; DUBLIN, S.; YU, O.; WALKER, R.; ANDERSON, M.; HUBBARD, R. A.; CRANE, P. K.; LARSON, E. B. Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study. *British Medical Journal*, v.352, n.90, p.1-9, 2016.

GREELY, H., SAHAKIAN, B.; HARRIS, J. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature*, v.456, n.7223, p.702–705, 2008.

HARRIS, J. Ethics is for bad guys! Putting the "moral" into moral enhancement. *Bioethics*, v.27, n.3, p.169-173, 2012.

HARRIS, J.; CHAN, S.; Moral behavior is not what it seems. *Proceedings of the National Academy of Sciences, v.107*, n.50, p.183, 2010;

HOLLOWAY, K.; VAN DIJK, L. Rational Use of Medicines. In: World Health Organization (Org.). *The World Medicines Situation Report*, p.229-252, 2011. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/en/. Acesso em set 2015.

HUF, G.; LOPES, C. S. & ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, v.16, n.2, p.351-362, 2000.

JENKINS, J. H. Globalization and psychopharmacology: consumptions of psychotropic agents and lived experience. *Paper presented at the annual meeting of the American Anthropological Association*, Washington DC, 2005.

_____. Psychopharmaceutical self and imaginary in the social field of psychiatric treatment. In: JENKINS, Janis H. (Org.). *Pharmaceutical self: the global shaping of experience in an age of psychopharmacology*. Estados Unidos: School for advanced research press, 2010.

KING, M. B.; GABE, J.; WILLIAMS, P.; RODRIGO, E. K. Long term use of benzodiazepines: the views of patients. *British Journal of General Practice*, v.40, n.334, p.194-196,1990.

KLEINMAN, A.; PETRYNA, A.; The pharmaceutical nexus. In: PETRYNA, A.; LAKOFF, A.; KLEINMAN, A. (Orgs.). *Global pharmaceuticals: ethics, markets, practices.* Durham: Duke University press, 2006.

KURKO, T. A.; SAASTAMOINEM, L. K.; TAHKAPAA, T.; TUULIO-HENRIKSSON, A.; TAIMINEM, T.; TIIHONEN, J.; AIRAKSINEN, M. S.; HIETALA, J. Long-term use of benzodiazepines: definitions, prevalence and usage patterns – a systematic review of register-based studies. *European Psychiatry*, v.30, n.8, p.1037-1047, 2015.

KURTZ, S. P.; SURRAT, H. L.; LEVI-MINZI, M. A.; MOOSS, A. Benzodiazepine dependence among multidrug users in the club scene. *Drug and Alcohol Dependence*, v.119, n.1-2, p.99-105, 2011.

LADER, M. History of benzodiazepine dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, v.8, n.1-2, p.53-59, 1991.

_____. Benzodiazepines revisited – will we ever learn? *Addiction*, v.106, n.12, p.2086-2109, 2011.

LEFÉVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 17, n.6, p.500-503, 1983.

_____. A oferta e a procura de saúde mental através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.21, n.1, p.64-67, 1987.

LEIBING, A. De l`anthropologie médicale, et bien plus… Le corps sain et l`identité brésilienne. In: SAILLANT, F.; GENEST, S. (Orgs.). *Anthropologie medicale: ancrages locaux, défis globaux*. Paris: Economica, Anthropos, Cap. 4, p.113-131, 2006.

LIEBRENZ, M.; GEHRING, M.-T.; BUADZE, A.; CAFLISCH, C. High-dose benzodiazepine dependence: a qualitative study of patients 'perception on cessation and withdrawal. *BMC Psychiatric*, v.116, n.15, p.1-12, 2015.

LIMA, M. C. P.; MENEZES, P. R.; CARANDINA, L.; CESAR, C. L. G.; BARROS, M. B. A.; GOLDBAUM, M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Revista de Saúde Pública*, v.42, n.4, p.717-723, 2008.

LONGO, L. P.; JOHNSON, B. Addiction: part I. Benzodiazepines – side effects, abuse risk and alternatives. *American Family Physician*, v.61, n.7, p.2121-2128, 2000.

LOVELL, A. M. Addiction markets: the case of high-dose buprenorphine in France. In: PETRYNA, A.; LAKOFF, A.; KLEINMAN, A. (Orgs.). *Global pharmaceuticals: ethics, markets, practices.* Durham: Duke University press, 2006.

LOWINSON, J. H.; RUIZ, P.; MILLMAN, R. B.; LANGROD, J. G. *Substance Abuse:* a comprehensive textbook. Philadelphia: Ed Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

LU, Y.; HERNANDEZ, P.; ABEGUNDE, D.; EDEJEER, T. Medicine Expenditures. In: World Health Organization (Org.). *The World Medicines Situation Report*, p.43-76, 2011. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/en/. Acesso em set 2015.

LUCKE, J.; PARTRIDGE, B. Towards a smart population: a public health framework for cognitive enhancement. *Neuroethics*, v.6, n.2, p.419-427, 2013.

MAIER, L. J.; HAUG, S.; SCHAUB, M. P. Prevalence of and motives for pharmacological neuroenhancement in Switzerland – results from a national Internet panel. *Addiction*, v.111, n.2, p.280-295, 2015.

MAIER, L. J.; LIECHTI, M. E.; HERZIG, F.; SCHAUB, M. P. To dope or not to dope: neuroenhancement with prescriptions drugs and drugs of abuse among swiss university students. *Public Library of Science /One*, v.8, n.11, p.1-10, 2013.

MAIER, L. J.; SCHAUB, M. P. The use of prescription drugs and drugs of abuse for neuroenhancement in Europe – not widespread but a reality. *European Psychologist*, v.20, n.3, p.155-166, 2015.

MAYES, R.; HORWITZ, A. V. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences,* v.41, n.3, p.249-267, 2005.

MARTIN, E. The Pharmaceutical Person. *BioSocieties, v.*1, n.3, p.273–87, 2006.

MENDONÇA, R. T. Corpo feminino medicado e silenciado: gênero e performance. *Saúde e Transformação Social*, v.1, n.2, p.43-50, 2011.

MENDONÇA, R. T; CARVALHO, A. C. D. O papel das mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.13, número especial, p.1207-1212, 2005.

MENDONÇA, R. T; CARVALHO, A. C. D; VIEIRA, E. M., ADORNO, R. C. F. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.17, n.2, p.95-108, 2008.

METZL, J. M. If direct-to-consumer advertisements come to Europe: lessons from the USA. *The Lancet*, v.369, n.9562, p.704-706, 2007.

MILAGRES, C. R. Sentidos atribuídos ao Rivotril na mídia: um estudo de reportagens veiculadas nos sites das revistas Superinteressante e Trip. *CES Revista*, Juiz de Fora, v.27, n.1, p.295-332, 2013.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.3, p.621-626, 2012.

MITCHELL, P. B.; HADZI-PAVLOVIC, D. Psychofarmacology. In: BLOCH, S.; GREEN S. A.; HOLMES, J. (Orgs.). *Psychiatry: past, present and prospect*. Reino Unido: Oxford University Press, 2014.

MOHAMED, A. D. Neuroethical issues in pharmacological cognitive enhancement. *WIREs Cognitive Science*, v.5, n.5, p.533-549, 2014.

MOYNIHAN, R.; HEALTH, I.; HENRY, D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease-mongering. *British Medical Journal*, v.324, n.7342, p.886-891, 2002.

MOYNIHAN, R.; HENRY, D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *Public Library of Science Medicine*, v.3, n.4, e191, 2006.

NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A.; ARAÚJO, M. D.; MOREIRA, L. F. S. Prescription of anorectic and benzodiazepine drugs through notification B prescriptions in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v.46, n.2, p.297-303, 2010.

NORDON, D. G.; AKAMINE, K.; NOVO, N. F.; HUBNER, C. von K.; Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.31, n.3, p.152-158, 2009.

NOTO, A. R.; CARLINI, E. A.; MASTROIANNI, P. C.; ALVES, V. C.; GALDURÓZ, J. C. F.; KUROIWA, W.; CSIZMAR, J.; COSTA, A.; FARIA, M. de A.; HIDALGO, S. R.; ASSIS, D.; NAPPO, S. A. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.24, n.2, p.68-73, 2002.

OLDANI, M.; ECKS, S.; BASU, S. Anthropological engagements with modern psychotropy. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v.38, p.174-181, 2014.

OLFSON, M.; KING, M.; SCHOENBAUM, M. Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry*, v.72, n.2, p.136-142, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Medicines use in primary care in developing and transitional countries:* fact book summarizing results from studies reported between 1990 and 2006. European Community and the US Agency for International Development (USAID), USA: OMS, 2009. Disponível em: http://www.who.int/medicines/publications/who_emp_2009.3/en/. Acesso em set 2015.

_____. Programme on substance abuse – rational use of benzodiazepines, 1-45. *World Health Organization*, Copenhagen, 1996. Disponível em: http://www.drugsandalcohol.ie/5313/. Acesso em maio 2015.

_____. *The importance of pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products*. Reino Unido: OMS, 2002. Disponível em: http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4893e/. Acesso em set 2015.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R.; Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.13, número especial, p.896-902, 2005.

PAL, S.; DODOO, A.; MANTEL, A.; OLSSON, S. Pharmacovigilance and safety of medicines. In: World Health Organization (Org.). *The World Medicines Situation Report*, p.187-208, 2011. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/en/. Acesso em set 2015.

PARENS, E. *Enhancing human traits:* ethical and social implications. Washington, DC: Georgetown University Press, 1998.

PARTRIDGE, B. Students and “Smart Drugs”: Empirical Research Can Shed Light on Enhancement Enthusiasm. *Asian Bioethics Review*, v.4, n.4, p.310-319, 2012.

PETERSEN, M. A.; NORGAARD, L. S.; TRAULSEN, J. M. Going to the doctor with enhancement in mind – an ethnographic study of university students` use of prescription stimulants and their moral ambivalence. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, v.22, n.3, p.201-207, 2014.

PETRYNA, A.; KLEINMAN, A. The pharmaceutical nexus. In: PETRYNA, A.; LAKOFF, A.; KLEINMAN, A. (Orgs.). *Global pharmaceuticals: ethics, markets, practices.* Durham: Duke University press, 2006.

PETURSSON, H. The benzodiazepine withdrawal syndrome. *Addiction*, v.89, n.11, p.1455-1459, 1994.

PIETERS, T; SNELDERS, S.; From King-Kong pills to mother`s little helpers – career cycles of two families of psychotropic drugs: the barbiturates and benzodiazepines. *Canadian Bulletin of Medical History*, v.24, n.1, p.93-112, 2007.

PIETERS, T.; SNELDERS, S. Psychotropic drug use: between healing and enhancing the mind. *Neuroethics*, v.2, n.2, p.63-73, 2009.

PIGNARRE, P. *O que é o medicamento?* Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo, SP: Ed.34, 1999.

QUIGLEY, M. Enhancing me, enhancing you: academic enhancement as a moral duty. *Expositions*, v.2, n.2, p.157-162, 2008.

QUINTANA, M. I.; ANDREOLI, S. B.; MOREIRA, F. G., RIBEIRO, W. S.; FEIJO, M. M.; BRESSAN, R. A.; COUTINHO, E. S. F.; MARI, J. J. Epidemiology of Psychotropic Drug Use in Rio de Janeiro, Brazil: Gaps in Mental Illness Treatments. *Public Library of Science ONE*, v.8, n.5, e62270, 2013.

RACINE, E.; FORLINI, C. Cognitive Enhancement, Lifestyle Choice or Misuse of Prescription Drugs? *Neuroethics*, v.3, n.1, p.1-4, 2010.

RIBEIRO, C. S.; AZEVEDO, R. C. S.; SILVA, V. F.; BOTEGA, N. J. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. *São Paulo Medical Journal*, v.5, n.125, p.270-274, 2007.

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

RODRIGUEZ DEL BARRIO, L.; CYR, C.; BENISTY, L.; RICHARD, P. Gestão Autônoma da Medicação (GAM): novas perspectivas sobre bem-estar, qualidade de vida e medicação psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.10, p.2879-2887, 2013.

SAHAKIAN, B. J.; BRUHL, A. B.; COOK, J.; KILLIKELLY, C.; SAVULICH, G.; PIERCY, T.; HAFIZI, S.; PEREZ, J.; FERNANDEZ-EGEA, E.; SUCKLING, J.; JONES, P. B. The impact of neuroscience on society: cognitive enhancement in neuropsychiatry

disorders and in healthy people. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, v.370, n.1677, p.1-13, 2015.

SAHAKIAN, B. J.; MOREIN-ZAMIR, S. Neuroethical issues in cognitive enhancement. *Journal of Psychopharmacology*, v.25, n.2, p.197-204, 2011.

SCHELLE, K. J.; FAULMULLER, N.; CAVIOLA, L.; HEWSTONE, M. Attitudes toward pharmacological cognitive enhancement – a review. *Frontiers in Systems Neurosciences*, v.8, n. 53, p.1-13, 2014.

SHORTER, E. *Before Prozac:* the troubled history of mood disorders in psychiatry. New York: Oxford University Press, 2009.

_____. Olhando para trás: um novo caminho possível para a descoberta de drogas em psicofarmacologia. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* Rio Grande do Sul, v.26, n.2, p.196-203, 2004.

SMITH, M. C. *A social history of the minor tranquilizers*: the quest for small comfort in the age of anxiety. Nova Iorque: Pharmaceutical Products Press, 1991.

SMITH, P. F.; DARLINGTON, C. L. The behavioral effects of long-term use of benzodiazepine sedative and hypnotic drugs: what can be learned from animal studies? *New Zealand Journal of Psychology*, v.23, p.48-63, 1994.

SNELDERS, S.; KAPLAN, C.; PIETERS, T. On cannabis, chloral hydrate, and career cycles of psychotropic drugs in medicine. *Bulletin of the History of Medicine*, v.80, n.1, p.95-114, 2006.

SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS (SNGPC/ANVISA). Panorama dos dados do Sistema nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados: um sistema para o monitoramento de medicamentos no Brasil. *Boletim de Farmacoepidemiologia*, v.2, ano1, p.1-9, jul-dez 2011.

SOUZA, A. R. L.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.4, p.1131-1140, 2013.

TAYLOR, S.; McCRACKEN, C. F.; WILSON, K. C., COPELAND, J. R. Extent and appropriateness of benzodiazepine use: results from an elderly urban community. *British Journal of Psychiatry*, v.173, n.5, p.433-438, 1998.

TELLES-FILHO, P. C. P.; CHAGAS, A. R.; PINHEIRO, M. L. P.; LIMA, A. M. J.; DURÃO, A. M. S. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma Estratégia de Saúde da Família: implicações para enfermagem. *Escola Anna Nery*, v.15, n.3, p.581-586, 2011.

TONE, A. Listening to the past: history, psychiatry and anxiety. *Canadian Journal of Psychiatry*, v.50, n.7, p.373-380, 2005.

_____. *The age of anxiety:* a history of America`s turbulent affair with tranquilizers. New York: Basic Books, 2009.

_____. Tranquilizers on trial: psychofarmacology in the age of anxiety. In: TONE, A.; WATKINS, E. S. (Orgs.). *Medicating modern America:* prescriptions drugs in history. New York: New York University Press, p.156-175, 2007.

WEICH, S; PEARCE, H. L., CROFT, P; SINGH, S; CROME, I.; BASHFORD, J.; FRISHER, M. Effect of anxiolytic and hypnotic drug prescriptions on mortality hazards: retrospective cohort study. *British Medical Journal*, v.348, n.g1996, p.1-12, 2014.

WHITE, T. J.; ARAKELIAN, A.; RHO, J. P. Counting the costs of drug-related adverse events. *Pharmacoeconomics*, v.15, n.5, p.445-458, 1999.

WHYTE, S. R.; VAN DER GEEST, S.; HARDON, A. *Social Lives of Medicines*. London: Cambridge University Press, 2002.

WILLIAMS, S.; MARTIN, P.; GABE, J. The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects. *Sociology of health and illness*, v.30, n.6, p.813-824, 2008.

_____. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health and Illness*, v.33, n.5, p. 710-725, 2011.

WOODS, J. H.; KATZ, J. L.; WINGER, G. Benzodiazepines: use, abuse, and consequences. *Pharmacological Reviews*, v.44, n.2, p.151–347, 1992.

WOLPE, P. R. Treatment, enhancement, and the ethics of neurotherapeutics. *Brain and Cognition*, v.50, n.3, p.387-395, 2002.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R. The charms of medicines: metaphors and metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, v.3, n.4, p.345-367, 1989.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R.; HARDON, A. The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach. *Annual Review of Anthropology*, v.25, p.153-178, 1996.

VRECKO, S. Just how cognitive is "cognitive enhancement"? On the significance of emotions in university students' experiences with study drugs. *American Journal of Bioethics Neuroscience*, v.4, n.1, p.4-12, 2013

ZAHID, S. The Urge to Transcend: An Analysis of Pharmacological Cognitive Enhancer Use in Modern Society. Pharmacological Cognitive Enhancement. *Topics in Neuroethics*, p.1-29, 2010.

ZORZANELLI, Rafaela T. *Usos e abusos de psicofármacos no Brasil*: análises exploratórias. 2014. Projeto de Pesquisa. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Sites acessados:

Ato de Substâncias Controladas. Disponível em: https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-84/pdf/STATUTE-84-Pg1236.pdf. Acesso em out 2015.

Drug Abuse Control Act (DACA). Lei disponível em: https://www.erowid.org/psychoactives/law/law_fed_daca1.pdf . Acesso em set 2015.

Emenda Durham-Humpfrey. Informações disponíveis em: https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-65/pdf/STATUTE-65-Pg648.pdf. Acesso em set 2015.

IMS Health. Disponível em: http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem.a90cc6f1ddde5d4d170417041ad8c22a/?vgnextoid=3857b277b9603410VgnVCM10000076192ca2RCRD&CURRENT_LOCALE=pt_br. Acesso em jun 2015

Mapa farmacoepidemiológico da ANVISA. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/mapainterativo/mapainterativo.html. Acesso em abr 2015.

APÊNDICE A – Planilha dos sujeitos selecionados do Estudo Pró-Saúde

Com o intuito de identificar a fatia do banco de dados do Estudo Pró-Saúde que tivesse mais probabilidade de corresponder ao perfil selecionado para a pesquisa, foram seguidas as seguintes etapas:

a) Filtragem dos medicamentos psicotrópicos relatados pelos participantes como tendo sido usados na semana prévia ao inquérito, através das expressões “clona”, “Rivo”, “calmante”, “ansiedade” ou “nervoso”;

b) Dessa pré-seleção, foi realizada nova filtragem para a montagem da planilha final dos possíveis sujeitos a serem contactados e triados por telefone, considerando como critérios de inclusão;

-Presença de um desses termos em todas as quatro ondas;

-Presença de um desses termos nas três últimas ondas;

-Presença de um desses termos nas duas últimas ondas;

-Presença de uma desses termos na última onda, desde que com a presença de antidepressivos na penúltima onda.

A planilha final após a aplicação desses critérios encontra-se a partir da próxima página.

id	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4
4169	RIVOTRIL	RIVOTRIL/ANTIBIOTICOS	RIVOTRIL	RIVOTRIL, DORFLEX
2659	RENITEC/CELOZOK/RIVOTRIZ	PRESSOTEC/SELOZOK	PREDINIZONA, CICLOFOSFAMIDA, LOSARTAN, MALEATO DE ELANAPRIL, RIVOTRIL	LOSARTANA POTASSICA, ENALAPRIL, RIVOTRIL
2098	ANALGESICO/CALMANTE	CAPOTEN/LASIX	ATMOS, ATENOLOL, NITRIX, SUSTRAT, SOMALGIN, RIVOTRIL	ANLODIPINA, ENALAPRIL, NATRILIX, OMEPRAZOL, AAS, RIVOTRIL, METFORMINA, ESPIRONOLACTONA
1695	NEULEPTIL/DREMPAS/DALMADOME/FENERGAN	NEOZINE/NEYLPTIL/TRAGRINAL/FERNERGA /RIVOTIL	DEPAQUENE, RIVOTRIL, FENERGAN, NEUSINE, SERORQUEL	DEPAKENE, RIVOTRIL, NEOZINE, AMATO, MEDICAMENTO PARA DEPRESSAO
3252	ANTINFLAMATORIO/XAROPE PARA ALERGIA/REMEDIO ANTIALERGICO	RIVOTRIL/ESCLEROVITAN PLUS/GINKGA BILOBA/REMEDIO FITOTERAPICO (GINECOLOGICO)/CREME VAGINAL	TAPAZOL, RIVOTRIL, HOMEOPATIA E FITOTERAPICO, LUFTAL, PANTOZOL, REMEDIO SEMELHANTE AO DORFLEX	TAPAZOL, SYNTHROID, RIVOTRIL, ALENTHUS XR, DEPURA, CONDROFLEX, OMEGA 3, LINHACA
4169	RIVOTRIL	RIVOTRIL/ANTIBIOTICOS	RIVOTRIL	RIVOTRIL, DORFLEX
2115	CLIANE/CALCIO/AMITRIL/ESCLEROVITAN	DAFLON/AMITRIL/STROFEN HORMONIO/GINCO BILOBA/CALCIO/RIVOTRIL/BENERVA	STROFEN, RIVOTRIL, VIGOGUI, TYLENOL	TORSILAX, ESTROFEM, CLONAZEPAM
3649	TRIPTANOL/OLCADIL	CEBRILIN/OLCADIL	CARVEDILOL, CAPTOPRIL, ZETICIN, AAS, REMERON, RIVOTRIL, OMEPRAZOL, DIMETICON	CARVEDILOLI, CAPTOPRIL, EZETROL, LIPITOR, GLIFAGE, AAS, SITALOPAN, RIVOTRIL
1691	ATENOL/DORFLEX/LEXOTAN	PROPANOLOL/HIDROCLOROTIAZIDA/OLCAD IL/PONSTAN	BENICAR HCT, RIVOTRIL	HIDROTON 12,5MG, LOSARTANA POTASSICA, REMEDIO DE MANIPULACAO, RIVOTRIL 0,5MG, MAXSULIT
545	999	NEUSALDINA	RIVOTRIL, PONDERA, CELOSOC, TOPINAMATO, TAMARINE	VENLAFAXINA, CLONAZEPAM, ATENOLOL, OMEPRAZOL, SINVASTATINA, SILIMALON
1695	NEULEPTIL/DREMPAS/DALMADOME/FENERGAN	NEOZINE/NEYLPTIL/TRAGRINAL/FERNERGA /RIVOTIL	DEPAQUENE, RIVOTRIL, FENERGAN, NEUSINE, SERORQUEL	DEPAKENE, RIVOTRIL, NEOZINE, AMATO, MEDICAMENTO PARA DEPRESSAO
3252	ANTINFLAMATORIO/XAROPE PARA ALERGIA/REMEDIO ANTIALERGICO	RIVOTRIL/ESCLEROVITAN PLUS/GINKGA BILOBA/REMEDIO FITOTERAPICO (GINECOLOGICO)/CREME VAGINAL	TAPAZOL, RIVOTRIL, HOMEOPATIA E FITOTERAPICO, LUFTAL, PANTOZOL, REMEDIO SEMELHANTE AO DORFLEX	TAPAZOL, SYNTHROID, RIVOTRIL, ALENTHUS XR, DEPURA, CONDROFLEX, OMEGA 3, LINHACA

3638	CELESTAMINE/NATRILIX/REMEDIOS PARA STRESS, PERDER PESO E B	CAPTOPRIL/TAURAGIN/CEWIN/NORIPURIM	AMYTRIL, RIVOTRIL, LEXOTAN, NATRILIX, TARLEC, ARCCOXIA, MUCOSSOLVAN, CEWIN	NEXIUM, MOTILIUM, CYMBALTA, JANUMET, DESARCOR, CLORANA, CARDIZEN, RIVOTRIL, LEXOTAN, PREDSIM, FEXODANE
4169	RIVOTRIL	RIVOTRIL/ANTIBIOTICOS	RIVOTRIL	RIVOTRIL, DORFLEX
698	PYRORIPAC/LIPITS/FEM7/CYCRIM/LEXOTAN/COS CARQUE/NEOSALDINA	LEXTAN/CYCRLIM/FEM7/OSSCAL/GINKOBIL OBA/VIOXX	OMEPRAZOL, PARACETAMOL, DORFLEX, RIVOTRIL, NEOSALDINA, NEXUM, FLUOXETINA, VALERIANA	CITALOR, RIVOTRIL, OMEPRAZOL, DIGESAN, DORFLEX, NEOSALDINA
1047	999	TRIPITANOL	RIVOTRIL, PROPANALOL, MONOCARDIL, AAS	MONOCORDIL, PROPRANOLOL, AAS, OLCADIL, RIVOTRIL, DIPIRONA, CAPTOPRIL
232	CELESTAMINI/DORFLEX	POMADA PARA QUEIMADURA	RIVOTRIL 25, RIVOTRIL 2, ANTIALERGICOS	RIVOTRIL, CONTROLE DE ANSIEDADE E DEPRESSAO
3810	DORMOIDE/PURAN T4	LORAX/PURAN T4/DAKTAUN	RIVOTRIL, ELTIROX, ZOLOFT	EUTHYROX, RIVOTRIL
1175	ANSIOLITICO	ANSIOLITICO/OLCADIL	RIVOTRIL, ISOFLAVONA DE SOJA, RANITIDINA, ANTIDEPRESSIVO	OMEPRAZOL, EUTIROX, ACERT, GLIFAGE XR, CLESTOR, RIVOTRIL, ALEGRA
3787	ARTREM/PRESSART/DRENOL	INALAPRIL/DAONIL/HIGROTON	CENTRUM, NEOSALDINA, DORIL, RIVOTRIL	ATENOLOL, LOSARTAN, METFORMINA, RIVOTRIL, TYLEX
2098	ANALGESICO/CALMANTE	CAPOTEN/LASIX	ATMOS, ATENOLOL, NITRIX, SUSTRAT, SOMALGIN, RIVOTRIL	ANLODIPINA, ENALAPRIL, NATRILIX, OMEPRAZOL, AAS, RIVOTRIL, METFORMINA, ESPIRONOLACTONA
75	PASSIFLORINE/AEROLIN	LEXOTAN	CAPTOPRIL, SINVASTATINA, RIVOTRIL, GEROTEC	ARADOIS, SOMALGIN CARDIO, SINVASTATINA, RIVOTRIL
3040	VOLTAREN/CLEANE	CASTANHA DA INDIA/OBESOMEDE	RIVOTRIL, ATENOLOL, CERTRALINA, SINVASTATINA, PARACETAMOL, METIFORMINA	PROPANOLOL, METFORMINA, SINVASTATINA, RIVOTRIL, VITAMINA D
3099	999	DIAZEPAN/LEXOTAN	RIVOTRIL	CLONAZEPAM
3717	CICLOPRIMOGINA	99	RIVOTRIL, MIOSAN, SIVASTATINA, FLUOXETINA	FLUOXETINA, RIVOTRIL, DORFLEX

2115	CLIANE/CALCIO/AMITRIL/ESCLEROVITAN	DAFLON/AMITRIL/STROFEN HORMONIO/GINCO BILOBA/CALCIO/RIVOTRIL/BENERVA	STROFEN, RIVOTRIL, VIGOGUI, TYLENOL	TORSILAX, ESTROFEM, CLONAZEPAM
2659	RENITEC/CELOZOK/RIVOTRIZ	PRESSOTEC/SELOZOK	PREDINIZONA, CICLOFOSFAMIDA, LOSARTAN, MALEATO DE ELANAPRIL, RIVOTRIL	LOSARTANA POTASSICA, ENALAPRIL, RIVOTRIL
3635	PROZAC/LIPITOR	PROZAC/FRONTAL/NEOSALDINA/SINVASTATINA	ARADOIS, LIPTOR, HANSITEC, TOFRANIL, RIVOTRIL, CLARITROMICINA	SYNTHROID, LOSARTANA POTASSICA, ROSUVASTATINA CALCICA, CITALOPRAM, NEOSALDINA, RIVOTRIL, DORFLEX
1181	999	PASSIFLORA/ISOFLAVONE	RIVOTRIL	LYRICA, TRAMAL, FLUOXETINA, RIVOTRIL, TYLEX
3920	999	GARCINIA/HIPERICO	EFEXOR, RIVOTRIL, NOVALGINA	SERTRALINA, CLONAZEPAN, DIANE (TRATAMENTO PARA FERTILIZACAO)
3338	POSTAM/AROPAX	DRAMIN B6/NATALINS FOLICO	ROXETIN, RIVOTRIL, SEAFLAM, DIPIRONA	PAROXETINA, RIVOTRIL, BIOTINA, GLUCOSAMINA, HISTAMIN, NATRUM SULFURICO
4586	ADNAX/LACTOPURGO	CEFALEXINA/BUSCOPAN	FLUOXETINA, RIVOTRIL, VITAMINA E, NEOSALDINA	VENLAFAXINA, LOSARTANA, RIVOTRIL, SINVASTATINA, NEOSALDINA, ATENOLOL
3222	PLASIL/DIPIRONA EV/PASSIFLORA/REMEDIO PARA ENXAQUECA	PARACETAMAL/MIOFLEX	RIVOTRIL, VENLIFT, FLUOXITINE	CLONAZEPAN, CLORIDRATO DE VENLAFAXINA, DORFLEX, MIOFLEX A, SINTOCALMY, CEFALIV
545	999	NEUSALDINA	RIVOTRIL, PONDERA, CELOSOC, TOPINAMATO, TAMARINE	VENLAFAXINA, CLONAZEPAM, ATENOLOL, OMEPRAZOL, SINVASTATINA, SILIMALON
3099	999	DIAZEPAN/LEXOTAN	RIVOTRIL	CLONAZEPAM
2115	CLIANE/CALCIO/AMITRIL/ESCLEROVITAN	DAFLON/AMITRIL/STROFEN HORMONIO/GINCO BILOBA/CALCIO/RIVOTRIL/BENERVA	STROFEN, RIVOTRIL, VIGOGUI, TYLENOL	TORSILAX, ESTROFEM, CLONAZEPAM

3920	999	GARCINIA/HIPERICO	EFEXOR, RIVOTRIL, NOVALGINA	SERTRALINA, CLONAZEPAN, DIANE (TRATAMENTO PARA FERTILIZACAO)
3222	PLASIL/DIPIRONA EV/PASSIFLORA/REMEDIO PARA ENXAQUECA	PARACETAMAL/MIOFLEX	RIVOTRIL, VENLIFT, FLUOXITINE	CLONAZEPAN, CLORIDRATO DE VENLAFAXINA, DORFLEX, MIOFLEX A, SINTOCALMY, CEFALIV
3649	TRIPTANOL/OLCADIL	CEBRILIN/OLCADIL	CARVEDILOL, CAPTOPRIL, ZETICIN, AAS, REMERON, RIVOTRIL, OMEPRAZOL, DIMETICON	CARVEDILOLI, CAPTOPRIL, EZETROL, LIPITOR, GLIFAGE, AAS, SITALOPAN, RIVOTRIL
1691	ATENOL/DORFLEX/LEXOTAN	PROPANOLOL/HIDROCLOROTIAZIDA/OLCADIL/PONSTAN	BENICAR HCT, RIVOTRIL	HIDROTON 12,5MG, LOSARTANA POTASSICA, REMEDIO DE MANIPULACAO, RIVOTRIL 0,5MG, MAXSULIT
1695	NEULEPTIL/DREMPAS/DALMADOME/FENERGAN	NEOZINE/NEYLPTIL/TRAGRINAL/FERNERGA/RIVOTIL	DEPAQUENE, RIVOTRIL, FENERGAN, NEUSINE, SERORQUEL	DEPAKENE, RIVOTRIL, NEOZINE, AMATO, MEDICAMENTO PARA DEPRESSAO
3252	ANTINFLAMATORIO/XAROPE PARA ALERGIA/REMEDIO ANTIALERGICO	RIVOTRIL/ESCLEROVITAN PLUS/GINKGA BILOBA/REMEDIO FITOTERAPICO (GINECOLOGICO)/CREME VAGINAL	TAPAZOL, RIVOTRIL, HOMEOPATIA E FITOTERAPICO, LUFTAL, PANTOZOL, REMEDIO SEMELHANTE AO DORFLEX	TAPAZOL, SYNTHROID, RIVOTRIL, ALENTHUS XR, DEPURA, CONDROFLEX, OMEGA 3, LINHACA
3638	CELESTAMINE/NATRILIX/REMEDIOS PARA STRESS, PERDER PESO E B	CAPTOPRIL/TAURAGIN/CEWIN/NORIPURIM	AMYTRIL, RIVOTRIL, LEXOTAN, NATRILIX, TARLEC, ARCCOXIA, MUCOSSOLVAN, CEWIN	NEXIUM, MOTILIUM, CYMBALTA, JANUMET, DESARCOR, CLORANA, CARDIZEN, RIVOTRIL, LEXOTAN, PREDSIM, FEXODANE
4169	RIVOTRIL	RIVOTRIL/ANTIBIOTICOS	RIVOTRIL	RIVOTRIL, DORFLEX
698	PYRORIPAC/LIPITS/FEM7/CYCRIM/LEXOTAN/COS CARQUE/NEOSALDINA	LEXTAN/CYCRLIM/FEM7/OSSCAL/GINKOBIL OBA/VIOXX	OMEPRAZOL, PARACETAMOL, DORFLEX, RIVOTRIL, NEOSALDINA, NEXUM, FLUOXETINA, VALERIANA	CITALOR, RIVOTRIL, OMEPRAZOL, DIGESAN, DORFLEX, NEOSALDINA
1047	999	TRIPITANOL	RIVOTRIL, PROPANALOL, MONOCARDIL, AAS	MONOCORDIL, PROPRANOLOL, AAS, OLCADIL, RIVOTRIL, DIPIRONA, CAPTOPRIL

232	CELESTAMINI/DORFLEX	POMADA PARA QUEIMADURA	RIVOTRIL 25, RIVOTRIL 2, ANTIALERGICOS	RIVOTRIL, CONTROLE DE ANSIEDADE E DEPRESSAO
3810	DORMOIDE/PURAN T4	LORAX/PURAN T4/DAKTAUN	RIVOTRIL, ELTIROX, ZOLOFT	EUTHYROX, RIVOTRIL
1175	ANSIOLITICO	ANSIOLITICO/OLCADIL	RIVOTRIL, ISOFLAVONA DE SOJA, RANITIDINA, ANTIDEPRESSIVO	OMEPRAZOL, EUTIROX, ACERT, GLIFAGE XR, CLESTOR, RIVOTRIL, ALEGRA
3787	ARTREM/PRESSART/DRENOL	INALAPRIL/DAONIL/HIGROTON	CENTRUM, NEOSALDINA, DORIL, RIVOTRIL	ATENOLOL, LOSARTAN, METFORMINA, RIVOTRIL, TYLEX
2098	ANALGESICO/CALMANTE	CAPOTEN/LASIX	ATMOS, ATENOLOL, NITRIX, SUSTRAT, SOMALGIN, RIVOTRIL	ANLODIPINA, ENALAPRIL, NATRILIX, OMEPRAZOL, AAS, RIVOTRIL, METFORMINA, ESPIRONOLACTONA
75	PASSIFLORINE/AEROLIN	LEXOTAN	CAPTOPRIL, SINVASTATINA, RIVOTRIL, GEROTEC	ARADOIS, SOMALGIN CARDIO, SINVASTATINA, RIVOTRIL
3729	PROPANOLOL	PROPANOLOL/LEXOTAN	FLUOXETINA, NIMESULINA, PARACETAMOL	POLARAMINE, RIVOTRIL, VENLAFAXINA
3040	VOLTAREN/CLEANE	CASTANHA DA INDIA/OBESOMEDE	RIVOTRIL, ATENOLOL, CERTRALINA, SINVASTATINA, PARACETAMOL, METIFORMINA	PROPANOLOL, METFORMINA, SINVASTATINA, RIVOTRIL, VITAMINA D
4067	PROSAC	FRONTAL/PRIMOCISTON/ANALGESICOS	CLORIDRATO DE SERTRALINA, PROMETAZIN, NEOZINE, FRONTAL, ANTIDEPRESSIVO	RIVOTRIL, NEOZINI
3717	CICLOPRIMOGINA	99	RIVOTRIL, MIOSAN, SIVASTATINA, FLUOXETINA	FLUOXETINA, RIVOTRIL, DORFLEX
1882	DIPIRONA	99	PONDERA, DIPIRONA, FELDENE.	ESCITALOPRAM, RIVOTRIL, DIPIRONA
2659	RENITEC/CELOZOK/RIVOTRIZ	PRESSOTEC/SELOZOK	PREDINIZONA, CICLOFOSFAMIDA, LOSARTAN, MALEATO DE ELANAPRIL, RIVOTRIL	LOSARTANA POTASSICA, ENALAPRIL, RIVOTRIL
2210	VOLTAREM/NOVALGINA/BUFERIN/SORINE NASAL	VOLTAREM/DIPIRONA/FLUXINE/LEXOTAN/FUROSEMIDA/ANTAK	EFEXOR, DIPIRONA, LEXOTAM, PROFENID, DAOCIL, ORMIGREIN	CYMBALTA, RIVOTRIL, DONAREN, PARATRAM, CICLOBENZAPRINA, TYLENOL, HIDROCLOROTIAZIDA, OMEGA 3

1181	999	PASSIFLORA/ISOFLAVONE	RIVOTRIL	LYRICA, TRAMAL, FLUOXETINA, RIVOTRIL, TYLEX
1103	DORFLEX/ANALGESICO	NOVALGINA/DORFLEX/SARIDOM/OLCADIL	FLUXETINA, CORISTINA, DORFLEX	PRISTIG, LOSARTANA POTASSICA, SINVASTATINA, RIVOTRIL
3338	POSTAM/AROPAX	DRAMIN B6/NATALINS FOLICO	ROXETIN, RIVOTRIL, SEAFLAM, DIPIRONA	PAROXETINA, RIVOTRIL, BIOTINA, GLUCOSAMINA, HISTAMIN, NATRUM SULFURICO
3215	COLTRAX/TILATIL	ZOLOFT/FRONTAL/DUNASON	PAROXETINA, FRONTAL	LEXAPRO 10MG, HIGROTON 20MG, RIVOTRIL
4586	ADNAX/LACTOPURGO	CEFALEXINA/BUSCOPAN	FLUOXETINA, RIVOTRIL, VITAMINA E, NEOSALDINA	VENLAFAXINA, LOSARTANA, RIVOTRIL, SINVASTATINA, NEOSALDINA, ATENOLOL
1159	NEOSALDINA	LEXOTAN/ANTI-DEPRESSIVO/PROPANOLOL	METROPOLOL, NATRILIX, VIVACOR, FLUOXETINA, DIUSMIN	MALEATO DE ENALAPRIL, CALCIO B, LEVOTIROXINA, RIVOTRIL, DIPIRONA, ATENOLOL, OMEPRAZOL, CLORIDRATO DE NARATRIPTANA
3972	999	IBERIM FOLICO	ANAFRANIL, DIPIRONA	ALEGRA, CAPSULA DE BERINJELA, RIVOTRIL, DRENATAN
232	CELESTAMINI/DORFLEX	POMADA PARA QUEIMADURA	RIVOTRIL 25, RIVOTRIL 2, ANTIALERGICOS	RIVOTRIL, CONTROLE DE ANSIEDADE E DEPRESSAO
3635	PROZAC/LIPITOR	PROZAC/FRONTAL/NEOSALDINA/SINVASTATINA	ARADOIS, LIPTOR, HANSITEC, TOFRANIL, RIVOTRIL, CLARITROMICINA	SYNTHROID, LOSARTANA POTASSICA, ROSUVASTATINA CALCICA, CITALOPRAM, NEOSALDINA, RIVOTRIL, DORFLEX

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa "Análise do uso de clonazepam no Estado do Rio de Janeiro", coordenada por Rafaela Teixeira Zorzanelli. Este estudo tem por objetivo investigar os sentidos e usos que as pessoas, em seus cotidianos, fazem dessas substâncias e para isso propõe seu relato por meio de entrevistas semiestruturadas. A pesquisa encampará pacientes em uso há mais de um ano.

Você foi selecionado(a) por ter, voluntariamente, se prontificado a dar uma entrevista sobre sua experiência com o uso dessa substância farmacológica, por meio de cartazes ou por indicação de algum conhecido seu. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação não é remunerada, nem implicará gastos extras para você. As eventuais despesas de participação (passagens para deslocamento ao local da entrevista e seu retorno) podem ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa.

Sua participação não envolve riscos para você ou para sua saúde, embora, para evitar e contornar situações de desconforto ou exposição nas entrevistas, tanto a pesquisadora principal quanto os pesquisadores-colaboradores terão formação em Psicologia ou Psiquiatria. Os benefícios que se pretende alcançar dizem respeito à produção de conhecimento sobre sentidos e atribuições do uso dessa substância farmacêutica chamada clonazepam, usada para diminuir a ansiedade, e assim, oferecer dados para produzir conhecimento sobre o tema a partir da experiência dos pacientes que o utilizam.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de entrevista realizada preferencialmente nas dependências da UERJ. Os entrevistadores são pesquisadores em nível de pós-graduação, supervisionados pela coordenadora deste projeto, ou por ela própria, e as entrevistas terão duração de até uma hora, onde estarão presentes apenas você e o(a) entrevistador(a). Antes de realizarmos a entrevista, o pesquisador fará uma breve pré-entrevista com você, para assegurar a você que esta entrevista não lhe acarretará prejuízos físicos e emocionais. Caso o pesquisador avalie que a entrevista deverá ser realizada em outro momento, isso poderá acontecer e lhe será comunicado. As informações serão gravadas para transcrição posterior, sendo os dados pessoais mantidos anônimos. Os temas das entrevistas dizem respeito à sua experiência pessoal com esse medicamento, características do uso que você faz desse medicamento, por que motivos o utiliza, há quanto tempo, dentre outras questões.

Os dados pessoais obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. As entrevistas gravadas manterão os dados pessoais anônimos na transcrição, de forma que você não possa ser identificado. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a) e/ou seu(s) colaborador(es). Uma vez transcritas, todas as entrevistas gravadas em mídia digital (gravador) serão apagadas. 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 desse 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: Rafaela Teixeira Zorzanelli, Professora Adjunta do Instituto de Medicina Social da UERJ, localizado na Rua São Francisco Xavier, 524, pavilhão João Lyra Filho, 7º andar, sala 7016, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-900 Tel:(21)2334-0140 E-mail: rtzorzanelli@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-900 Tel: (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 do(a) pesquisador(a):_____

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista

Entrevista semiestruturada:

- Você poderia me dizer como você começou a usar o clonazepam?
- O que te levou a usar o clonazepam pela primeira vez?
- Você sabe se outras pessoas de sua família ou convívio também fazem uso do clonazepam?
- Há quanto tempo faz uso?
- (Se for o caso) Qual era a especialidade do profissional médico que lhe prescreveu o clonazepam?
- Qual era sua expectativa com o uso do clonazepam?
- Assim que você obteve as receitas (se for o caso), você comprou o clonazepam e começou a usá-lo?
- Você teve facilidade em seguir as indicações/orientações do médico (se for o caso) na utilização do clonazepam, nas doses, no uso diário?
- Suas expectativas foram atendidas?
- Você considera que teve benefícios com o uso?
- Você sentiu algum efeito que não esperava com o uso do clonazepam?
- Algum desses efeitos fez você sentir-se mal?
- Você considera que ainda tem necessidade dessa substância?
- Você atribui algum motivo às questões que o levaram a usar o clonazepam?
- Como você consegue acesso ao clonazepam?
- Você utiliza outro(s) medicamento(s) simultaneamente? Quais?
- Você tem ou já teve o desejo de parar de utilizá-lo? Já fez alguma tentativa? Como foi?
- Você faz mais alguma coisa que você considera que também é útil para lidar com as questões que o clonazepam te ajuda a lidar?
- Você gostaria de acrescentar algo mais?

APÊNDICE D – Instrumento de coleta dos dados sociodemográficos

Dados sociodemográficos:

Idade: _____ anos

Sexo: M [ ] F [ ]

Cor/Raça: _____

Casado [ ] Solteiro [ ] União estável [ ] Viúvo [ ] Divorciado [ ]

Filhos: Não [ ] Sim [ ] Quantos?_____

Renda pessoal: R$_____

Renda familiar:_____

Mora sozinho?_____ Quantas pessoas moram na sua casa? _____

Bairro:_____ Município:_____ Cidade:_____

Grau de Instrução:

[ ] Ensino básico incompleto [ ] Ensino básico completo

[ ] Ensino médio incompleto [ ] Ensino médio completo

[ ] Ensino superior incompleto [ ] Ensino superior completo

Pós- Graduação

[ ] Especialização [ ] Mestrado [ ] Doutorado

Outros:_____

Profissão: _____