



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Marina Andrea Valle

**Análise da prescrição de benzodiazepínicos pelo médico de família em uma amostra no município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2018

Marina Andrea Valle

**Análise da prescrição de benzodiazepínicos pelo médico de família em uma amostra no município do Rio de Janeiro**

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.

Orientadora: Profa. Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

V181a Valle, Marina Andrea

Análise da prescrição de benzodiazepínicos pelo médico de família em uma amostra no município do Rio de Janeiro / Marina Andrea Valle. – 2018.

97 f.

Orientadora: Rafaela Teixeira Zorzanelli

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

1. Benzodiazepinas – Teses. 2. Atenção primária à saúde – Teses. 3. Medicina de família e comunidade – Teses. 4. Prescrições – Teses. 5. Atropologia médica – Teses. 6. Pesquisa qualitativa – Teses. I. Zorzanelli, Rafaela Teixeira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 615.035(815.3)

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

---

Assinatura

---

Data

Marina Andrea Valle

**Análise da prescrição de benzodiazepínicos pelo médico de família em uma amostra no município do Rio de Janeiro**

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.

Aprovada em 26 de abril de 2018.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli  
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli (Orientadora)  
Instituto de Medicina Social - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Jane de Araújo Russo  
Instituto de Medicina Social - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Rogério Lopes Azize  
Instituto de Medicina Social - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Erotildes Maria Leal  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2018

## **DEDICATÓRIA**

Ao Lorenzo e o Vinícius:

*el tesoro, la alegría.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mentora Adriana Bulacia e à memória do Miguel Angel Márquez.

Aos meus pais, Maria Cristina e Oscar, pela incondicionalidade. Ao meu irmão, Marty, pelo humor. À Marila Ducca, prima e colega.

À Nara, João Luiz, Suzana, Simone, Michele e Andressa, minha família no Brasil.

À Rafaela, minha orientadora, pela profundidade e precisão em suas contribuições. À Erotildes Maria Leal, que encaminhou textos fundamentais para este trabalho, por todos seus valiosos apontamentos. À Jane Russo, que sem se propor a tal, me contagiou uma paixão pelas ciências humanas que me ajudou a continuar. Ao Rogério Azize, pela gentileza e generosidade durante todo o percurso. À Claudia Mora, Martinho Silva, Francisco Ortega, Horácio Sívori e Benilton Bezerra, que estiveram presentes de alguma forma na construção deste trabalho.

À Ana Martha Maia e os colegas de Lugar & Laços, sempre me animando a continuar.

Aos amigos e colegas que estiveram perto de alguma forma: Daphne Pereira, Alessandra Araújo, Carolina Manso, Patrícia Guimarães, Christiane Cárpio, Daniele Menezes, Maíra Novoa, Maria Elizabeth Araújo, Andrea Balda, Luana Lopes, Lisa Vachias, Bernardo Campos, Aline Samaoui, Flávia Bensoussan, Julia Ramalho, Patrícia Pastura, Carolina Aires, Christiane Sampaio, José Roberto Coutinho, Luciana Cerqueira, Luciana Diniz e Ellen Guerreiro.

Às Nostálgicas, Criativas, Primeiras e Cruzeiras, que apitaram durante todo este tempo, ajudando com meus deveres de mãe.

Aos orientandos que contribuíram com suas ideias e afeto: Luciana Ponte, Manuela Muller, Bia Rique, Gabriela Hughes, Isabel Siqueira, Carolina Silveira, Yuri Jahara, Dix Castro. Um agradecimento especial a Vivian Pizzinga e Sônia Lemos, pela ajuda com o português.

Às Magnólias: cada uma de vocês é um pedaço de mim. À Lulú Conti, Carolina Gollan e Florencia Torres, amigas apesar do tempo e da distância.

Ao Sander, por topar se embarcar em mais um sonho comigo. Agradeço a força e cumplicidade. Aos meninos, pelas risadas que alimentam e descontraem.

*It was not only the medicine in the bottle, or the pills in the box, that mattered, but the way the doctor gave them to his patient-in fact the whole atmosphere in which the drug was given and taken.*

*Michael Balint*

## RESUMO

VALLE, Marina Andrea. *Análise da prescrição de benzodiazepínicos pelo médico de família em uma amostra no município do Rio de Janeiro*. Brasil, 2018. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

A pesquisa conduzida, de cunho qualitativo, procurou refletir sobre os determinantes que pesam na decisão do médico de família pela prescrição do benzodiazepínico, no contexto da Estratégia Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro. Procurou-se elaborar uma análise sobre como o uso de benzodiazepínicos é negociado entre o médico e o usuário, indagando sobre os significados do fármaco no imaginário dos prescriptores e os recursos alternativos à medicação levados em consideração pela equipe, na amostra estudada. Os médicos de família com inserção na Estratégia Saúde da Família foram recrutados, encaminhando o convite para participar pessoalmente, por mensagem de texto ou por e-mail. Os candidatos interessados deram aceite assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respondendo um questionário semiestruturado que foi gravado e transcrito na íntegra para análise. O roteiro abordou a percepção do médico sobre as queixas em relação ao uso de benzodiazepínicos; a aplicação de estratégias de descontinuação e as alternativas oferecidas no lugar do fármaco nas consultas. Entrevistaram-se 12 profissionais, no período de agosto a dezembro de 2017. Os entrevistados relataram predomínio de consultas para repetição da prescrição de benzodiazepínicos. Ansiedade, insônia e sintomas depressivos foram citados como os motivos mais frequentes de uso. Também houve menção a queixas somáticas inespecíficas, dor crônica, hipertensão arterial e à dependência. Todos os entrevistados relataram preocupação com a otimização e redução das doses dos benzodiazepínicos. Onze dos entrevistados manifestaram realizar propostas de descontinuação, uma vez estabelecida a aliança terapêutica. Ainda, a taxa de sucesso desse tipo de intervenção foi avaliada como baixa na percepção dos entrevistados. Houve menção à oferta de atividades de lazer, exercício físico, inclusão em grupos de apoio e encaminhamento para apoio matricial, como alternativas ao fármaco. O compromisso com o uso racional de benzodiazepínicos em contraste com a preocupação com o uso indiscriminado se manifestaram na pressão, nos dilemas e constrangimentos relatados pelos médicos de família nas entrevistas. A hierarquização das queixas junto ao usuário marca a possibilidade de um cuidado compartilhado, em equipe, onde o uso de fármacos pretende ser apenas um dos recursos disponíveis. Esta aposta na integralidade pode ter resultados significativos na saúde da população, no longo prazo, em termos de uso de medicamentos.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos. Atenção primária. Medicina de família. Prescrição. Antropologia do medicamento.

## ABSTRACT

VALLE, Marina Andrea. *Análise da prescrição de benzodiazepínicos pelo médico de família em uma amostra no município do Rio de Janeiro*. Brasil, 2018. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

This qualitative research was carried out in order to reflect on the determinants of the decision of general practitioners as regards the prescription of benzodiazepines, on a primary primary attention setting, in the city of Rio de Janeiro. An analysis was sought to be elaborated, about how the use of benzodiazepines is negotiated between the physician and the user, investigating the meanings of these drugs in the imaginary of prescribers, together with the alternative resources taken into account by the team, in the studied sample. General practitioners settled on primary attention were recruited, an invitation was sent to offer participating in the interview, by text message or e-mail. The candidates gave acceptance signing free and informed consent form, responding a semi-structured questionnaire that was recorded and transcribed verbatim for analysis. The questionnaire addressed physician's perception of complaints in benzodiazepines' users; application of discontinuation strategies and alternatives offered instead of medicines, during consultation. Twelve professionals were interviewed from August to December 2017. Interviewees reported a predominance of consultations for repetition of benzodiazepine prescription. Anxiety and insomnia were cited as the most frequent reasons for use. There was also mention of nonspecific somatic complaints, chronic pain, arterial hypertension and dependence. All the interviewees reported concern about optimization and reduction of benzodiazepine doses. Eleven of the interviewees expressed their intention to make discontinuation proposals, once the therapeutic alliance was established. Meanwhile, the success rate of this type of intervention was evaluated as low, on interviewees' perception. Leisure activities, physical exercise, inclusion in support groups and referral to specialized support team were mentioned as alternatives to benzodiazepines. The commitment to the rational use of benzodiazepines in contrast with concern about indiscriminate use manifested themselves in pressure, dilemmas and constraints reported by general practitioners during the interviews. Building a ranking of complaints together with users offers the opportunity of shared care team work, where medication use is one of the available resources. This kind of investment on integrality, at a larger scale, might have consequences on population's health, in terms of use of medicines.

Keywords: Benzodiazepines. Primary attention. General practitioners. Prescription. Antropology of medicines.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BZD	Benzodiazepínico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCP	Cuidado Centrado no Paciente
SDM	<i>Share Decision Making</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
MBE	Medicina Baseada em Evidência
MCP	Medicina Centrada no Paciente
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
1	<b>PANORAMA SOBRE O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS</b> .....	17
1.1	<b>Padrão de uso de benzodiazepínicos</b> .....	17
1.2	<b>Indicações teóricas dos benzodiazepínicos</b> .....	18
1.3	<b>Pesquisas quantitativas: uma leitura crítica</b> .....	19
1.4	<b>Pesquisas qualitativas</b> .....	21
1.5	<b>Pesquisas no Brasil</b> .....	23
1.6	<b>A atenção primária e o matriciamento em Saúde Mental</b> .....	25
1.6.1	<u>A Estratégia Saúde da Família</u> .....	25
1.6.2	<u>O apoio matricial</u> .....	26
1.7	<b>O uso de benzodiazepínicos no Brasil</b> .....	28
2	<b>A ANSIEDADE</b> .....	29
2.1	<b>A era dos psicofármacos</b> .....	29
2.2	<b>A era da ansiedade</b> .....	30
2.3	<b>A era da dependência</b> .....	31
2.4	<b>Enfrentando a dependência</b> .....	32
2.5	<b>O manejo da ansiedade segundo os manuais</b> .....	35
2.6	<b>Da ansiedade leva à severa, a ansiedade de quem?</b> .....	35
3	<b>OS MEDICAMENTOS E A PRESCRIÇÃO</b> .....	38
3.1	<b>O encanto dos medicamentos</b> .....	38
3.2	<b>O medicamento como talismã: o encanto da prescrição</b> .....	38
3.3	<b>O medicamento como fenômeno social</b> .....	40
3.4	<b>Doença ou estilo de vida</b> .....	43
3.5	<b>O lugar do médico</b> .....	44
4	<b>OS MÉDICOS, A MEDICINA</b> .....	46
4.1	<b>Transformações sociais, seu impacto na medicina</b> .....	46
4.1.1	<u>A medicina do século XVIII ao XX</u> .....	46
4.1.2	<u>O discurso do risco</u> .....	47
4.1.3	<u>A engenharia biológica da vida</u> .....	49
4.1.4	<u>A medicina baseada em evidência e a decisão compartilhada</u> .....	49

4.2	<b>Impacto das mudanças na terapêutica</b> .....	51
4.3	<b>Os médicos das pessoas</b> .....	52
4.3.1	<u>O papel do médico e da consulta</u> .....	53
4.3.2	<u>O medicamento “médico”</u> .....	54
5	<b>ANÁLISE</b> .....	56
5.1	<b>Proposta de pesquisa de campo</b> .....	56
5.2	<b>Caracterização da amostra</b> .....	57
5.3	<b>Apresentação descritiva dos resultados gerais</b> .....	59
5.4	<b>Análise dos resultados</b> .....	60
5.4.1	<u>Eixo analítico I: Nuances sobre a pressão para prescrever</u> .....	60
5.4.2	<u>Eixo analítico II: Critérios presentes na avaliação de início, continuidade ou descontinuidade do uso do benzodiazepínico</u> .....	63
5.4.3	<u>Eixo analítico III: alternativas à manutenção da prescrição</u> .....	69
5.4.4	<u>Eixo analítico IV: o benzodiazepínico como bengala</u> .....	71
6	<b>DISCUSSÃO</b> .....	73
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	78
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	80
	<b>APÊNDICE A</b> -Tabela de pesquisas qualitativas .....	88
	<b>APÊNDICE B</b> - Tabela de pesquisas quantitativas .....	89
	<b>APÊNDICE C</b> - Roteiro simplificado .....	91
	<b>ANEXO A</b> -Termo de consentimento livre e informado .....	93
	<b>ANEXO B</b> - Roteiro .....	96

## INTRODUÇÃO

Este trabalho constitui um braço da pesquisa mais ampla sobre uso de benzodiazepínicos (BZDs), coordenada pela Professora Rafaela Zorzaneli, que busca estudar atores-chave no uso de BZDs no Brasil, incluindo usuários e prescritores (ZORZANELLI, 2017). A mesma se iniciou com usuários crônicos em 2014, procurando investigar, a partir de uma abordagem qualitativa, as formas de uso e os sentidos atribuídos ao clonazepam (Rivotril©) por seus usuários. A versão atual da pesquisa procura ampliar o número de usuários entrevistados, e incorpora a análise das práticas de prescritores médicos dessa classe de medicamentos.

Em específico, o presente estudo procura formular uma leitura atualizada sobre a circulação dos benzodiazepínicos entre médicos e pacientes, discutindo os princípios que informam ao médico de família alocado na atenção primária à saúde.

Nesse sentido, o ponto de partida deste estudo sobre a prescrição contempla o contexto em que essa prática se insere, o lugar do medicamento na cultura e no social e a racionalidade médica envolvida no processo.

Se os medicamentos ocupam um lugar central no cuidado com a saúde, tanto para pacientes como para profissionais, esse fenômeno não pode ser explicado apenas pelo efeito bioquímico dos mesmos (VAN DER GEEST & WHYTE, 1989). Ao mesmo tempo, as relações sociais do processo de curar se modificam de acordo com os contextos e o uso de fármacos pode ser um analisador dessas mudanças (DESCLAUX, 2006).

A racionalidade médica contemporânea é profundamente determinada por diretrizes clínicas que moldam nossa vida em torno do risco, transformando a experiência humana em biomédica. Assim, procura-se tratar as doenças antes de sua eclosão sintomática, de forma que a saúde se torna um objetivo só alcançável por via do tratamento na medicina ocidental (ZORZANELLI, 2013). Essa racionalidade científica que incide no ato de prescrever exclui práticas em contexto, que revelam relações entre os médicos e os medicamentos, inseridos em tramas sociais mais amplas. Tais tramas informam as práticas médicas e, em um processo de reciprocidade, são também por elas informadas (COLLIN et. al., 2006). Uma análise da prevalência do uso maciço de psicofármacos pode se mostrar limitada se não leva em consideração a lógica social que subjaz esse fenômeno (Ib).

A segunda metade do século XX abre o caminho para o fechamento dos asilos a partir da descoberta dos psicofármacos (KLERMAN, 1972). O novo portador de transtorno mental sofre, administra seus sintomas e seus medicamentos, já que o sujeito do século XX se rege por normas sociais que promovem a autonomia e a responsabilidade individual, valorizando a iniciativa pessoal (COLLIN et. al., op. cit.).

Desde a comercialização do primeiro benzodiazepínico - o clordiazepóxido - em 1962, os BZDs ganharam, inicialmente, enorme aceitação, tornando-se um fenômeno de vendas explosivo (TYRER, 1980). Na base desse sucesso, a preocupação da população com os efeitos prejudiciais à saúde, decorrentes do uso de ansiolíticos, movimentou a regulamentação de sua prescrição pelas autoridades regulatórias (TONE, 2009). Desde então, criaram-se diversas ferramentas de referência para os prescritores (guias de uso, escalas, indicadores, adaptações na classificação) com o intuito de otimizar os benefícios desses fármacos, minimizando os riscos da dependência. Entretanto, o uso indiscriminado continua a ser um tópico que preocupa as autoridades sanitárias. A criação do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), em 2009, para monitoramento da venda de substâncias controladas, constitui um exemplo de dispositivo que reflete a preocupação das entidades locais com o uso indiscriminado.

As guias de uso racional de benzodiazepínicos (ASHTON, 1994; WHO, 1996) preconizam o uso por tempo limitado e com fins precisos. Os efeitos prejudiciais do uso crônico de BZDs são pouco divulgados. No entanto, a mídia exerce sua influência via publicidade direta sobre o consumidor/paciente, que tem acesso à informação médica sem depender dos profissionais. Fatores como a sobrecarga de demanda, a dependência dos sistemas de seguros e à necessidade de se manter atualizado agem sobre o médico (DUMIT, 2012), favorecendo a prescrição de medicamentos.

A expansão da atenção básica no município do Rio de Janeiro no período 2008-2016 (SORANZ et. al, 2016) trouxe melhora no acesso a medicamentos. No caso dos BZDs, a melhora no acesso aumenta a demanda pelo médico, com risco de burocratizar a prescrição. Verifica-se uma distância entre os motivos pelos quais o médico prescreve e os motivos que levam o paciente a usar a medicação (GREENHALGH & GILL, 1997; BRITTEN & OUKOMUNNE, 1997). A decisão pela prescrição pode comprometer a potencialidade do cuidado, enquanto a particularidade do usuário em jogo no uso do BZDs permanece no foro da sua privacidade.

A partir da discussão brevemente examinada acima, a pesquisa da qual este trabalho faz parte procura analisar a prática da prescrição de benzodiazepínicos no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF). O cuidado centrado no usuário, premissa do modelo ESF/NASF, configura um campo privilegiado para a verificação de aspectos como a entrada ao uso crônico e as racionalidades que embasam a conduta médica. A equipe de saúde, com destaque para o prescritor, utiliza estratégias para lidar com o uso abusivo de BZDs. As estratégias de descontinuação são utilizadas (ASHTON, 2002), constituindo uma ferramenta útil para a observação da pressão para prescrever, o modo em que o profissional lida com a pressão e as alternativas disponíveis no lugar do fármaco. Assim, esta pesquisa propõe iluminar como essas estratégias entram em ação, visando a produção de material analítico sobre motivações, percepções e ideias envolvidas na prática de médicos de família quanto a prescrição de BZDs. Parte da proposta inclui também produzir recomendações e formas de aprimorar ações de informação, educação e comunicação em saúde, relativas ao uso de ansiolíticos, no município de Rio de Janeiro.

No primeiro capítulo, as pesquisas quantitativas sobre o uso de BZDs serão apresentadas, elaborando o perfil de usuário padrão e identificando alcances e limites desses dados. As pesquisas quantitativas serão complementadas pela leitura crítica dos dados provenientes de pesquisas qualitativas. Por fim, a situação atual no Brasil permite delinear os determinantes locais do uso, situando os dados de estudos anteriores e o enquadramento do presente trabalho. Para isso, será preciso introduzir uma discussão sobre a Estratégia Saúde da Família como porta de acesso ao Sistema Único de Saúde e o apoio matricial como ferramenta fundamental na abordagem dos transtornos mentais na atenção primária.

No segundo capítulo, será apresentado o percurso histórico dos ansiolíticos, desde o meprobamato até o lançamento dos BZDs. Como dito anteriormente, o surgimento dos psicofármacos inaugura a era do fechamento dos antigos hospícios, de forma que a história dos ansiolíticos encontra-se atrelada à revolução farmacêutica da segunda metade do século XX. As disputas em torno do conceito de dependência fazem parte deste percurso, pois indicam o papel da indústria farmacêutica e entidades regulatórias no uso de fármacos. Vários atores sociais estão envolvidos no processo e, nesse sentido, a movimentação dos usuários de psicofármacos foi necessária para cancelar formalmente os BZDs como fármacos que causam dependência. O prescritor de BZDs evidencía diferentes preocupações conforme o contexto e a formação em que se encontra, com escolhas diferentes quanto à decisão de medicar. Os psiquiatras demonstram preocupação com a incapacidade gerada pelos

transtornos ansioso-depressivos sem tratamento (HOLLISTER, 1987; ASHTON, 1994). Entretanto, os médicos de família prezam pela saúde da população, atentos aos riscos do uso de BZDs (VICENS et. al., 2006; SMITH & TETT, 2010; LOPEZ PELAYO, 2013). Essas duas especialidades produzem definições e recomendações sedimentadas sobre preocupações e missões diferentes respeito do uso de BZDs.

No terceiro capítulo, será abordada a ideia de medicamento como talismã, partindo-se da noção de que o papel do fármaco não se reduz à mera eliminação da doença, funcionando como um valioso objeto social (VAN DER GEEST & WHYTE, 1989). O estudo sobre a trajetória social dos fármacos, levando-se em consideração a forma como eles a redesenham, acaba por nos mostrar como nos envolvemos nas práticas de medicar e ser medicados.

No quarto capítulo, serão abordadas as transformações da medicina que impactam no tema em estudo, desde finais do século XIX até a atualidade. Desde a fundação da clínica do olhar, a medicina das doenças transmissíveis até a promoção da saúde, a compreensão da doença, seus determinantes sociais e sua incidência na relação médico/paciente sofreram modificações substanciais. O discurso do risco permeia uma preocupação crescente com a saúde, veiculada pela mídia, influenciada pela tecnologia e pelo progresso científico. O saber médico se reordena segundo novas coordenadas, dando lugar à medicina baseada em evidência (MBE) e à medicação centrada no paciente (MCP) (COLLIN et. al., 2006). Essas duas vertentes norteadoras da prática clínica mostram seu peso no ato da prescrição. O modelo da tomada de decisão compartilhada (*Share Decision Making, SDM*) e de cuidado centrado no paciente surgem em resposta à necessidade de conciliar a evidência dos ensaios clínicos com uma medicina mais humana. A formação em medicina de família investe na aliança terapêutica como alternativa a sujeição à tecnologia e às respostas prontas dos algoritmos, apostando na hierarquização das queixas.

A apresentação e análise dos dados da pesquisa de campo aparecem na quinta seção, revelando noções comuns aos médicos de família presentes no ato da prescrição, conforme observado nas entrevistas. A análise transcorrerá em torno de quatro eixos: a pressão para prescrever, o desmame e as alternativas disponíveis para potencializar o cuidado, a despeito da eleição de continuar ou interromper o BZD. No quarto eixo se explora o BZD como talismã, nomeado pelos entrevistados como *'muleta'* ou *'bengala'*, entre outras formas.

Na discussão dos resultados, procurou-se entrelaçar os conceitos sobre o valor do fármaco no saber leigo e como este permeia a consulta médica. A formação dos médicos de família contempla uma compreensão do sofrimento psíquico e mental, uma hierarquização

das queixas e uma preocupação com os determinantes sociais da saúde. As representações ligadas ao medicamento entre os profissionais prescritores e sua compreensão da aliança terapêutica evidenciam uma tentativa de priorização do cuidado, que segue padrões de racionalidade dominantes (uso racional de medicamentos, redução de danos, medicina baseada em evidência, conforme mencionado acima). Contudo, as entrevistas deixam transparecer um esforço de escuta individualizada e uma tentativa de cuidado compartilhado, centrado no usuário.

Nas considerações finais, serão apresentadas recomendações e estratégias para aprimorar ações de informação, educação e comunicação em saúde, elaboradas a partir dos dados obtidos.

## 1 PANORAMA SOBRE O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS

### 1.1. Padrão de uso de benzodiazepínicos

As altas taxas de uso de BZDs acendem o alarme sobre os motivos do uso, amplamente debatidos na literatura internacional (SRISURAPANONT et. al., 2005; ASSANANGKORNCHAI et. al., 2009; HOLLINGWORTH & SISKIND, 2010; JOHN, 2015; VICENTE SANCHEZ et. al., 2013) e local (ORLANDI & NOTO, 2005; ALVARENGA et. al, 2008; DE SOUZA et. al., 2013; NALOTO et. al., 2016).

Os estudos epidemiológicos disponíveis sobre uso de BZD oferecem dados demográficos que permitem caracterizar o usuário padrão: sexo feminino; início do uso em torno dos 45 anos de idade; faz uso concomitante de outros fármacos -fornecidos por mais de um prescriptor; tem nível de instrução baixo; tem vulnerabilidade social, é caucasiano e faz acompanhamento em um serviço de saúde, no mínimo. No entanto, esses estudos falham em informar a duração do uso. Por outro lado, estudos com base em dados de vendas informam que uma pequena parte da população usa a maior parte do volume prescrito, sem oferecer informação sobre a dose diária de forma confiável, nem detalhar o motivo de uso (WHO, 1996).

Com base em uma amostra nacional de médicos que atendem em consultório particular, mais de 80% das consultas em que aconteceu a prescrição de BZDs foram consultas de repetição, onde duas de três prescrições corresponderam a uso de longo prazo (Ib., pp. 2-3). Existe uma discrepância entre as indicações dos BZDs e as razões pelas quais os usuários percebem que recebem essa medicação. O uso de BZDs por mulheres é o dobro em relação ao uso por homens, e em ambos os sexos aumenta com a idade. O uso é maior nos grupos de usuários de menor renda. Os médicos generalistas prescrevem o BZDs em 80% dos casos (Woods, Katz & Winger, 1992 apud WHO, 1996, p. 1). Os dados refletem uma burocratização da prescrição e uma tendência à cronicidade no uso, que contribui para a polifarmácia no idoso.

## 1.2. Indicações teóricas dos benzodiazepínicos

Os BZDs têm como indicação mais conhecida os transtornos ansiosos e a insônia. A eficácia desses fármacos foi estabelecida pela FDA para a ansiedade generalizada (TAG), o transtorno de pânico, a insônia e as crises epiléticas (SHATZBERG et. al., 2010, p. 379).

O relatório para o uso racional de BZDs da OMS (WHO, 1996) separa as indicações psiquiátricas das não psiquiátricas. Entre as psiquiátricas, se encontram o transtorno de ansiedade generalizado (F 41.1 CID 10), os sintomas fóbicos (F 40.2), e a crise de pânico (F 41.0). Outras indicações psiquiátricas são as psicoses (orgânica, esquizofrenia e transtornos relacionados); os transtornos do humor (mania e depressão); a abstinência a álcool e outras drogas; os transtornos de personalidade e os pacientes com conduta suicida. Os BZDs são fármacos extensamente usados para o manejo da ansiedade, tanto em sua forma aguda como crônica, no entanto funcionam como medicação coadjuvante em outros distúrbios psiquiátricos (Ib. p. 37).

Outras indicações médicas - que não fazem parte de um transtorno psiquiátrico - são as crises convulsivas, as discinesias tardias, a acatisia, os distúrbios de apresentação somática (distúrbio por dissociação e conversão, reação psicofisiológica a ansiedade, etc.), e os espasmos musculares (WHO, 1996, pp. 14-17). Os BZDs são empregados na indução anestésica, em procedimentos desconfortáveis (ex. endoscopia, ventilação mecânica) ou para reduzir o impacto de processos mórbidos em geral (Ib., p. 18).

A OMS caracteriza como uso sintomático a insônia (F 51.0) e os distúrbios relacionados (terror noturno, sonambulismo, etc.). O 'uso sintomático' dos BZDs se reserva para tratar sintomas o suficientemente incapacitantes, severos e que impõem um estresse inaceitável ao indivíduo. As contraindicações formais para o uso de BZDs são poucas: apneia do sono, miastenia gravis (e outros transtornos neuromusculares), e a doença pulmonar severa (Ib., p. 19).

Os BZDs são drogas lipossolúveis, que requerem biotransformação hepática para se tornar inativos, solúveis, e elimináveis. A biotransformação acontece em três passos (CHARNEY et. al., 2005). A maior parte dos BZDs se metaboliza por um ou dois passos hepáticos<sup>1</sup>, dando lugar a metabólitos com potência próxima ou equivalente à droga original.

---

1. O primeiro e o segundo passos na biotransformação dos BZDS consistem em reações de hidroxilação, catalisadas por enzimas, que produzem metabólitos ativos e lipossolúveis. As reações do primeiro e segundo passos são saturáveis: na presença de outras substâncias (tanto fármacos, tóxicos ou produtos do metabolismo

A indicação do BZDs deve formar parte de uma avaliação geral, que inclui um levantamento dos recursos pessoais e familiares para lidar com os sintomas, contexto do surgimento, chaves que levam ao diagnóstico e estudo das comorbidades. A duração desde a aparição dos sintomas e a evolução à incapacidade são cruciais para a indicação de BZDs, pois permitirão a suspensão oportuna. Tratamentos alternativos e a resposta aos mesmos devem ser levados em consideração.

O uso de BZDs deve ser aconselhado por um período limitado de tempo. O relatório da OMS é claro nesse sentido:

*“As decisões em relação a duração de tratamento deveriam estar determinadas, em primeiro lugar, considerando o problema de base a ser tratado, e influenciado por outros fatores tais como: severidade, morbidade e comorbidade com outras doenças. Para períodos transitórios de estresse, problemas no sono e para o tratamento coadjuvante de doenças médicas, tratamento de sintomas ansiosos em geral deve ser várias semanas ou menos. Para problemas crônicos, como o transtorno por pânico e a ansiedade generalizada, o tratamento de longo prazo é com frequência, necessário. Para determinar se o tratamento no longo prazo deve ser garantido, o clínico deve reconhecer se há risco para síndrome de abstinência. O tratamento de longo prazo só deve ser prescrito quando os benefícios superam os riscos.”* (WHO, 1996, p. 26-27, tradução nossa)

A dose usada deve ser a mínima efetiva, e com o acompanhamento necessário para verificar as mudanças necessárias em função dos sintomas, dos efeitos adversos e a evolução do quadro. As considerações especiais descritas em função do metabolismo devem ser lembradas ao utilizar BZDs na presença de polifarmácia, comorbidades clínicas e idade avançada. Esses fatores podem levar à acumulação, aumentando o risco de toxicidade e efeitos adversos.

### 1.3. Pesquisas quantitativas: uma leitura crítica

Algumas pesquisas quantitativas procuraram diferenciar o uso médico do não médico, criando artifícios para distinguir o uso dentro ou fora dos padrões considerados ‘racionais’, que permitam um desenho mais adequado de políticas públicas.

Outros estudos calcularam a dose definida por dia (*defined daily dose, DDD*) como

---

celular que aumentem por qualquer motivo -por exemplo, uma infecção-) que empregam o mesmo mecanismo, haverá competição pelo uso das enzimas que facilitam esses processos. O efeito será a acumulação e toxicidade, constituindo motivo para a contra-indicação de BZDS, ou qualquer droga que utilize o mesmo mecanismo. O terceiro e último passo na biotransformação é a conjugação com ácido glucurônico, que produz um metabolito inativo e hidrossolúvel (eliminável pela via urinária). Fonte: CHARNEY et. al, 2005.

medida para comparar o uso da mesma população, em diferentes períodos (HOLLINGWORTH & SUSKIND, 2010; VICENTE SANCHEZ et. al., 2013). A DDD, apesar de oferecer uma métrica comparável, não permite identificar se o aumento no consumo se deve a uma ampliação no acesso a serviços de saúde, por exemplo. Dados como este, ou o limite para codificar o uso prejudicial, indicam a necessidade de ser situados em um contexto amplo, levando em consideração outros fatores para atender de forma adequada as necessidades de cada sistema de saúde.

Por outra parte, os dados quantitativos denunciam uma tendência do uso de BZDs a se estender às populações infanto-juvenis. Um estudo feito na atenção primária, no Reino Unido, procurou examinar a tendência de apresentação, reconhecimento e registro dos transtornos ansiosos e o uso de ansiolíticos em crianças e adolescentes. Foi constatado um aumento na prescrição de BZDs 1,9 casos/1000 para 2,66 casos/1000 entre 2003 e 2011, sendo as crianças que sofreram de privação<sup>2</sup> as que tinham os maiores índices de ansiedade. O aumento no uso de BZDs verificado coincide com o aumento no diagnóstico de transtornos ansiosos na população infanto-juvenil, no período estudado. Este estudo mostrou uma capacidade limitada para refletir se o aumento no uso de BZDs foi motivado pelo aumento na incidência de transtornos ansiosos, pela melhor capacitação dos médicos generalistas, ou por uma maior procura por tratamento (JOHN et. al. 2015).

Uma pesquisa feita com mais de 11,000 alunos do ensino médio nos Estados Unidos evidenciou uma prevalência de uso médico de BZDs ao longo da vida de 4,9%, comparado com 7,5% de prevalência ao longo da vida para o uso não médico (MC CABE & WEST, 2014). O estudo faz menção à forma de obtenção do BZD, sendo que a maior parte dos adolescentes conseguem ansiolíticos de colegas, alguns de parentes e muito poucos por fora do circuito formal de venda. Dos alunos que fazem uso sem indicação médica, 67% obtiveram seu BZD de um familiar ou amigo. A maior parte desses familiares e amigos obtém uma prescrição do médico, o que obriga a refletir sobre os mecanismos que informam os médicos, em suas decisões de prescrição.

A pesquisa de McCabe e West concluiu uma prevalência aproximada de uso de BZDs ao longo da vida de 1 em 10 adolescentes (uso médico e/ou não médico), com predomínio da

---

2. O termo 'deprivação' no artigo citado se refere a um instrumento utilizado para a realização da pesquisa (Welsh Index of Multiple Deprivation), que considera como de privação indicadores de pobreza, tais como: baixa renda familiar, doença limitante por tempo prolongado, nascimentos pré-termo, faltas à escola e família numerosa. Mais informação sobre este instrumento está disponível online no site <http://gov.wales/statistics-and-research/welsh-index-multiple-deprivation>.

raça branca e do sexo feminino entre os usuários. Os indivíduos que fazem uso médico de BZDs não evidenciaram aumento de uso de outras drogas (tabaco, álcool, cannabis), diferente dos seus parceiros que fazem uso ‘não médico’.

Quando se trata de adolescentes e crianças, os esforços de monitoramento precisam ser redobrados, levando em consideração o impacto do uso de fármacos nesta população e a necessidade de informar melhor a classe médica sobre esse tipo de consequências da prescrição.

Os estudos quantitativos também são capazes de evidenciar a passagem do início do uso para o uso crônico, como explorou a pesquisa de Neutel e Maxwell (1996). O levantamento feito a partir da base de dados do departamento de Saskatchewan (Canadá), teve como objetivo elucidar a correlação entre primeira prescrição do BZDs e o uso prolongado, fazendo o usuário ingressar na ‘engrenagem’ (*treadmill*) do uso. Observaram que quanto maior a idade, maior a chance da primeira prescrição do BZDs produzir a entrada na engrenagem, sem diferença de gênero (maior prevalência no sexo feminino deve-se ao maior número de novas usuárias). O motivo da prescrição (e não a prescrição em si) nos idosos, estaria relacionado com ansiedade e insônia, que se apresentam de maneira crônica em maior proporção do que nos jovens, que empregavam os BZDs para tratar sintomas transitórios. A progressão ao uso de longo prazo foi de 10% entre os jovens, e 30% entre os idosos (NEUTEL & MAXWELL, 1996).

Os dados das pesquisas comentadas aparecem no Apêndice A, junto com os dados de outras pesquisas tipo *survey* não detalhadas aqui, que foram recuperadas da pesquisa bibliográfica feita no portal Capes para fins do presente levantamento. Os resultados aqui enumerados evocam duas questões que serão abordadas desde uma perspectiva histórica, no capítulo 2: a dificuldade para definir ansiedade, dependência e abuso; e a necessidade de criar artifícios (guias de uso racional, escalas, manuais) para circunscrever o uso. No capítulo 4, se abordarão os medicamentos e a prescrição, discutindo o uso médico vs. uso não médico, no intuito de explorar, compreender e nomear essas variações do uso de modo mais acorde com a realidade.

#### 1.4. Pesquisas qualitativas

Algumas das pesquisas qualitativas elencadas no Apêndice B serão apresentadas a seguir, para dar subsídio ao argumento da presente pesquisa. Para além das dificuldades para caracterizar o motivo de início do uso, o médico conta com formações e prerrogativas diferentes conforme o campo em que exerce sua prática. Os médicos de família tem sua prática norteada por prioridades diferentes das do especialista. O mesmo médico pode tomar decisões diferentes quanto a prescrever ou não, conforme se encontre na emergência, na atenção básica ou em uma enfermaria.

Uma pesquisa feita na Espanha, com 37 médicos, propôs diferenciar a percepção do risco na prescrição de BZDs entre aqueles alocados na saúde mental e na atenção primária (LOPEZ PELAYO et. al. 2013). Todos os médicos participantes perceberam risco na prescrição de BZDs. Os psiquiatras perceberam o risco como *‘moderadamente relevante, amplamente conhecido, determinado em grande parte pelo prescriptor e preocupante no longo prazo’* (Ib. p. 185). Os profissionais da atenção primária demonstraram preocupação com a dificuldade na redução da dosagem e com o grande número de pacientes afetados pelo uso. Estes achados permitem distinguir o foco no nível populacional e no longo prazo entre os generalistas, que localizam o sintoma a ser tratado pelo BZDs no contexto mais amplo da vida do usuário, com olhar atento à vulnerabilidade de crianças e idosos.

Lewis e Tully (2011) fazem referência à *capitulação* do profissional alocado na emergência, que se enfrenta a um usuário que o consulta de modo pontual, em situação de intenso compromisso funcional. Assim, cabe pensar que esse usuário retornará à consulta no nível primário para acompanhamento, já fazendo parte da *‘engrenagem’* descrita por Neutel e Maxwell (Op. cit., 1996).

De forma similar, se estudou o uso de ansiolíticos em população interna do um hospital universitário na Bélgica, verificando que um terço dos usuários que não faziam uso de ansiolíticos prévio a internação, passaram a recebê-los durante a mesma (por problemas no sono, estresse, nervosismo, medo ou dor, conforme o relato dos usuários). No momento da alta, apenas 5,6% teve o ansiolítico (prescrito no ingresso) suspenso. Ainda, 19,4% dos pacientes que faziam uso de BZDs prévio a internação, tiveram seu uso descontinuado (SOMERS et. at., 2010).

Uma abordagem realizada no âmbito da atenção primária, também na Bélgica (ANTHIERENS et. al., 2007), apresentou como interrogação se evitar a primeira prescrição seria a melhor forma de diminuir a dependência a BZDs. Os médicos generalistas entrevistados relataram que a prescrição de um BZDs seria *“um mal menor”*<sup>3</sup>, em um contexto

psicossocial desfavorável, como o que os usuários trazem na consulta.

Apesar de não ser a melhor alternativa, o BZDs constituem uma opção pronta e disponível para o médico, qualquer a área em que exerce sua prática. A dependência é conhecida entre os profissionais. Apesar da dependência de BZDs ser conhecida entre os profissionais, a preocupação do médico com ela fica relativizada no início do tratamento, quando se trata da irrupção da doença, ou da iminência de angústia subjetiva, frequentes no cenário da emergência. Este trabalho não apontará especificamente o que motiva o início do uso, senão os determinantes priorizados pelo médico de família para dar continuidade ou suspender o uso do BZD.

### 1.5. Pesquisas no Brasil

Para NICOLETTI (2002), a grande proporção de habitantes na faixa da pobreza contrasta com o Brasil ser um dos maiores mercados farmacêuticos mundiais<sup>4</sup>. Dada a insuficiência crônica de cobertura em saúde da população brasileira, esta autora salienta a importância de tomar outras medidas junto com a ampliação ao acesso de fármacos (NICOLETTI, 2002).

No período 2007-2010, pelo menos três dos cinco fármacos mais vendidos no Brasil foram BZDs (SNGPC/ANVISA, 2012a). De forma similar, outros medicamentos de venda sob-receita médica como os inibidores de apetite e o metilfenidato também refletiram aumentos nas vendas nos períodos 2009-2011 (Id., 2012b; Id. 2011). Alvarenga e colaboradores (2007) encontraram uma prevalência de uso de BZDs em maiores de 60 anos de 21.7% no município de Bambuí (MG). Apenas um 3,2% dos moradores usuários de BZDs tinha se consultado com o psiquiatra nos 12 meses anteriores. Esse estudo revelou predomínio do uso de BZDs de meia vida longa, que predispõem a efeitos adversos por acumulação (ALVARENGA et. al., 2007).

Outra pesquisa, conduzida no município de General Fabriciano (também no interior de

---

3. Corresponde a frase “*the lesser evil*” no texto original na língua inglesa.

4. Na época em que a autora escreve (2002), se corroboram dados similares aos atuais. Segundo IBGE, 52,168 brasileiros estavam por baixo da linha da pobreza do Banco Mundial em 2016. Segundo o levantamento com base nas vendas, Brasil ocupa o sexto lugar no ranking dos países líderes em volumes de vendas de produtos farmacêuticos, depois de Estados Unidos, China, Alemanha e França (publicado no site [https://www.trade.gov/topmarkets/pdf/Pharmaceuticals\\_Top\\_Markets\\_Reports.pdf](https://www.trade.gov/topmarkets/pdf/Pharmaceuticals_Top_Markets_Reports.pdf)) convalidando o relevado por Nicoletti.

Minas Gerais), identificou que as prescrições foram feitas por clínicos gerais em 80% dos casos, seguidos por cardiologistas e neurologistas (FIRMINO et. al., 2012). No município de Sorocaba (SP), um estudo feito em um ambulatório de Saúde Mental verificou que a maioria das prescrições de BZDs se enquadrava fora dos padrões do uso racional (NALOTO et. al., 2016).

Os dados quantitativos das pesquisas mencionadas chamam a atenção tanto para o alto consumo, como para o uso inadequado (alta prevalência de uso em idosos, uso de BZDs de hemivida longa de forma inadequada, uso em doses e por períodos fora do uso racional).

A pesquisa de cunho qualitativo de Orlandi e Noto (2005) teve como objetivo compreender a prática da prescrição, dispensação e uso prolongado de BZDs, desde a perspectiva dos profissionais de saúde e dos usuários. Sua grande contribuição para a presente discussão reside na informação proporcionada pelos informantes-chave, tanto usuários como profissionais. O baixo custo e o fácil acesso aos BZDs foram apresentados como fatores determinantes da escolha pelo BZD entre os usuários. Orlandi e Noto alertam para uma atitude médica inadequada em relação à prescrição de BZDs, entanto o usuário é insuficientemente informado sobre a duração do tratamento, os efeitos adversos e riscos do mesmo. Todavia, entre todas as categorias entrevistadas, a classe médica foi a principal envolvida no uso crônico de BZDs, evidenciando uma tendência a dispensar o vínculo com o usuário.

Os usuários informaram distúrbios no sono e transtornos de ansiedade como motivo de início do uso. Alguns deles relataram início do uso por recomendação de um parente ou amigo. Uma das médicas entrevistadas colocou como motivo de início do uso de modo profilático, para evitar uma situação de estresse (ORLANDI & NOTO, 2005).

Os dados quantitativos da ANVISA, junto com os dados das pesquisas mencionadas refletem a alta prevalência no consumo de BZDs, predomínio do gênero feminino, e altos índices de uso na população idosa, em conformidade com o relatório da OMS (WHO, 1996). As pesquisas citadas foram realizadas em serviços ambulatoriais, localizados nas regiões sul e sudeste. A falta de disponibilidade de estudos realizados em cidades de outras regiões precisa ser lembrada. Mudanças na organização e oferta de serviços de saúde no Brasil dirigiram o investimento para o primeiro nível de atenção, produzindo uma migração de usuários dos ambulatórios hospitalares para a atenção básica (PAIM et. al., 2011). O presente trabalho se propõe examinar os determinantes da prescrição de BZDs na atenção primária no município

do Rio de Janeiro. Assim, é preciso situar o modelo de assistência vigente no município onde se insere este estudo.

## 1.6. A atenção primária e o matriciamento em saúde mental

### 1.6.1. A Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de organização de serviços da Atenção Primária à Saúde, estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, baseado em equipes multiprofissionais; regidas pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Com foco no coletivo, a ESF entende o indivíduo no seu contexto, e o processo saúde-doença como socialmente determinado. O arcabouço teórico-legal do modelo surge no processo de redemocratização do país, da Reforma Sanitária e das transformações urbanísticas de fins do século XX, em oposição ao modelo médico hegemônico (DE ANDRADE, BARRETO E DA FONSECA, 2004).

A ESF constitui porta de entrada, propondo um enfoque que supõe o sofrimento mental como parte da vida e da história do indivíduo. A atenção primária representa um campo novo e fundamental para o manejo da saúde mental, onde o médico de família, arbitrando e contribuindo com reflexões sobre a natureza de sua prática, tem um papel privilegiado (ROGERS & PILGRIM, 2009).

A atenção básica do município do Rio de Janeiro caracteriza-se por uma baixa cobertura no período 1990-2000, aumentando para 3,5% no ano 2008, 40% em 2013 (SORANZ et. al., 2016), atingindo o 60% no final dessa gestão (dezembro 2016)<sup>5</sup>. A consolidação da atenção primária como organizadora da rede de assistência trouxe melhora no acesso, permitindo disponibilidade de psicofármacos nas Clínicas da Família de cada bairro. A ampliação da atenção básica aconteceu junto com crescimento do número de vagas para residência em medicina familiar, a partir de 2012 (SORANZ et. al., op. cit.).

---

5. A cobertura da atenção básica por região e período de tempo encontra-se disponível no site <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>, acessado em 25/01/2018.

### 1.6.2. O apoio matricial

O modelo do apoio matricial com base em equipes de referência formulado por Campos surge como alternativa ao modelo tradicional de referência/contrareferência, como “*nova ordem institucional que estimule o compromisso com a produção de saúde*” (CAMPOS, 1999, p.3). As críticas feitas ao antigo modelo são de interesse a esta pesquisa, porque implicavam uma relação equipe/usuário fragmentada; um número crescente de profissionais atendendo a pessoa de maneira recortada, no longo prazo; profissionais contratados para realizar procedimentos, em regimes de turnos/plantões e com pagamento por produtividade. É um sistema que funciona com base no dispositivo queixa-conduta (consultas ambulatoriais como acontecem na emergência), que reduzem a intervenção terapêutica ao uso de medicamentos e procedimentos cirúrgicos, com predomínio do enfoque biológico/individual. Esse conjunto de fatores gera um estímulo a realização de procedimentos a expensas do compromisso com a saúde, como síntese da crítica ao modelo.

A nova ordem supõe a criação de artifícios para analisar e modificar padrões de funcionamento institucional, a elaboração de planos estratégicos e a construção de uma rede de trabalho, com base no vínculo terapêutico e na gestão colegiada. No lugar da multi ou interdisciplinariedade, vem a transdisciplinariedade de práticas e saberes, com abertura e articulação de campos de responsabilidade diferentes, distantes entre si.

A proposta de um projeto terapêutico singular envolve um novo padrão de relacionamento usuário/profissional, eliminando o modelo verticalizado, centrado na tomada unilateral de decisões (Ib.). O matriciamento propõe apoio de forma escalonada e progressiva, através de uma equipe onde os membros operam como multiplicadores do cuidado, alargando a oferta de recursos da comunidade como um todo. O cuidado escalonado permite que os usuários mais afetados tenham acesso a apoio especializado, psicológico e psiquiátrico (FORTES et. al., 2014a).

O conceito de Transtornos Mentais Comuns (TMC) refere-se a um modelo de oferta de cuidado ao portador de sofrimento mental na comunidade. Incluem o transtorno ansioso-depressivo e o sofrimento difuso, que comprometem a qualidade de vida do usuário sem preencher critérios diagnósticos de manual. Esse tipo de quadro apresenta grande subdiagnóstico e subtratamento. O matriciamento também acolhe em sua proposta aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes, e usuários de drogas, formando uma rede com os CAPS (Centros de Assistência Psicossocial) e os ambulatórios (Rede de Atenção

Psicossocial, RAPS). Ao tempo que cumpre a função de cuidado, o matriciador contribui na capacitação das equipes ESF, no tecido das redes intersetoriais, multidisciplinares e transdisciplinares, sustentando o princípio da integralidade como principal diretriz. Este enfoque visa diminuir a lacuna assistencial e ampliar o cuidado integral à saúde. O cuidado escalonado ESF/NASF oferece acompanhamento no longo prazo, com a integralidade como princípio norteador do trabalho (CHIAVERINI, 2011).

### **1.7.O uso de benzodiazepínicos na atenção básica**

A atenção básica acaba se tornando um lugar privilegiado de acesso de pessoas com transtornos mentais comuns, poliqueixosos, portadores de sintomas difusos e considerados “não-graves”, no entanto, capazes de produzir sofrimento crônico, trazendo grande potencial perturbador à saúde físico-mental dos pacientes. Nesse sentido, o potencial do benzodiazepínico como apaziguador desses sintomas difusos, sua eficácia no curto prazo (sem tantos efeitos colaterais imediatos, se comparados, por exemplo, à lentidão da ação de um antidepressivo e aos seus efeitos colaterais) colocam essa classe de medicamento como destaque no tratamento da gama de sintomas de sofrimento com os quais médicos de família lidam diretamente na atenção primária.

A facilidade no acesso aos BZDs é um fator fundamental a ser considerado no aumento no consumo. Conforme discutido por Orlandi e Noto, se percebe uma atitude médica inadequada e uma tendência a dispensar o vínculo terapêutico, ao prescrever o BZD sem informar a duração, efeitos adversos e riscos que acarretam. No entanto, a finalidade do presente trabalho não é julgar uma atitude médica inadequada, senão observar e analisar uma atitude médica informada por racionalidades em ação e em transformação.

O lugar do médico no modelo paternalista tradicional, informado pelas guias de uso racional encontra-se em transição. Essa transição não opera como produto da mudança na forma de organização dos serviços de saúde: as racionalidades que modificam a forma de pensar a assistência em saúde entram em ação, junto com as que informam a medicina e as que criam as conceições dominantes sobre os medicamentos.

De forma que tanto a cultura diz respeito aos significados, representações e sentidos atribuídos ao uso de medicamentos, como essas representações são resignificadas pelos profissionais em seus diversos contextos (DESCLAUX, 2006, pp. 119-121). O marco da

atenção básica pretende promover uma nova negociação da prescrição, onde o vínculo do usuário com o medicamento incide no encontro médico/paciente de forma diferencial, a partir da perspectiva trans disciplinar, oposta ao modelo tradicional hospitalocêntrico. Nesse cenário, a prescrição de BZDs, como se evidencia nas estratégias de desmame que os médicos de família utilizam, revela o que nesse encontro diz respeito ao lugar do medicamento na sociedade contemporânea.

Diretamente atrelado ao uso de medicamentos, o processo de adoecimento físico e mental é influenciado pelas condições socioeconômicas. Para a classificação do sofrimento mental, é preciso realizar uma adaptação dos manuais tradicionais que contemple o contexto individual, familiar e social no qual a doença aparece (FORTES et. al., 2014b, pp. 171-174).

Conforme examinado na seção 1.2, o uso de BZDs encontra validação nas pesquisas realizadas em função das categorias diagnósticas presentes na classificação internacional de doenças (CID 10). No próximo capítulo, o percurso histórico dos BDZs permitirá avançar na noção de ansiedade. Esse conceito médico sofre uma apropriação pelo saber leigo, que permeia a clínica da ESF/NASF. Assim, se faz necessário adaptar o conceito de ansiedade ao processo de adoecimento conforme ele aparece no contexto da atenção básica.

## 2. A ANSIEDADE

Conforme apresentado no capítulo anterior, os usuários invocam transtornos ansiosos e insônia como motivos frequentes de uso de BZDs (ORLANDI & NOTO, 2005). Por outra parte, como fora comentado na seção 1.2., as únicas indicações teóricas de uso de BZDs no longo prazo são dois transtornos ansiosos: a ansiedade generalizada e o transtorno por pânico.

O surgimento dos primeiros psicofármacos revolucionou a terapêutica, de modo que nossa forma de compreender o comportamento humano mudou de forma definitiva. Nas próximas seções, junto ao exame do percurso dos conceitos de ansiedade e dependência, se abordarão a forma em que guias de tratamento traçam as diretrizes clínicas, o papel do médico de família na caracterização do sofrimento psíquico e como este se apresenta na consulta na atenção primária.

### 2.1.A era dos psicofármacos

Em meados do século XX, a descoberta da clorpromazina inaugurou o fim da era das internações prolongadas. Com a transformação radical do estigma da doença mental, os setores produtivos da sociedade passaram a buscar consultas com profissionais da saúde mental. Além disso, a doença mental passou, gradativamente, a englobar os desvios de conduta e o uso de drogas (KLERMAN, 1972).

Essas mudanças deflagraram transformações nos sistemas de saúde e na forma de entender o comportamento. A melhora na eficácia dos tratamentos psiquiátricos trouxe uma tendência ao alargamento dos limites de doenças mentais, principalmente em manifestações como o humor depressivo ou estado ansioso (Ib.).

Em outros momentos, o ser humano buscou alívio usando álcool, tabaco, ópio, éter, cloroformo, morfina e heroína (ESCOHOTADO, 1998). Esse quadro mudou quando surgiram tratamentos específicos para a ansiedade com a fabricação dos medicamentos ansiolíticos -os barbitúricos, o meprobamato e os BZDs- (DRURY, 1985). Dessa forma, o surgimento do conceito de ansiedade está diretamente ligado aos ansiolíticos. Vale ressaltar que os interesses da indústria farmacêutica são cruciais, porém não os únicos determinantes desse percurso.

## 2.2.A era da ansiedade

Em sua obra “*A era da ansiedade*”, Tone (2009) destaca a dificuldade existente no final do século XIX para se estabelecer uma diferenciação entre ansiedade e determinados traços de personalidade de pessoas ansiosas. Havia uma separação nítida entre os ‘*lunáticos*’ (institucionalizados) e os que faziam tratamento ambulatorial, segundo a Psiquiatria da época. A dificuldade para precisar o limite entre ansiedade normal e patológica deixava a Neurologia em uma posição vantajosa em relação à Psiquiatria, em termos de legitimidade e cientificidade. Na época, o prestígio dos psiquiatras se relacionava diretamente com o lucro que obtinham em sua prática privada. Quem ficava confinado em asilos não tinha perspectivas de melhora.

Foi nessa lógica que Freud iniciou suas descobertas no campo da histeria. Para estruturar a teoria do inconsciente e da origem intrapsíquica do conflito, ele desenvolveu a sua pesquisa no âmbito privado. Tone então situou o acesso ao terapeuta e a disponibilidade de meios para custear o tratamento como limitantes da cura analítica. Assim ficou configurado o cenário que propiciou a proliferação do uso de xaropes calmantes, álcool, opioides e brometos, que exerceram seu papel desde o final do século XIX até o advento dos primeiros barbitúricos. O número de compostos derivados do ácido barbitúrico se multiplicou na primeira metade do século XX e sua comercialização explodiu após a Segunda Guerra, quando foi empregado para tratar distúrbios de ansiedade em soldados e veteranos.

Com a intensificação de seu uso, as intoxicações acidentais e os acidentes de trânsito sob o efeito de barbitúricos começaram a se tornar frequentes e letais. A preocupação com a dependência não demorou a aparecer, trazendo à tona o debate político e médico sobre a segurança desses fármacos. Para Tone, contudo, a Psicanálise foi crucial no processo de normalização da neurose como desordem médica, cuja consequência foi a revolução farmacológica que aconteceu adiante (Ib., p. 26). O nicho comercial das drogas ansiolíticas se inaugura com o meprobamato: “*O nascimento da indústria dos tranquilizantes foi marcado pela intransigência corporativa, a contingência científica, o entusiasmo da sociedade e dos usuários*” (Ib., p. 28, tradução nossa).

Tone classifica a ansiedade como um afeto familiar a um coletivo que sente que, ao combatê-la, a vida tornar-se mais leve. Usuários e médicos concordavam que a ansiedade devia ser tratada, gerando a popularização do uso dos barbitúricos. A toxicidade e a dependência dos barbitúricos eram claras, porém o coletivo resistia a pensar sobre essa

contradição. Com a queda do preço da penicilina no pós-guerra, a indústria farmacêutica precisava de novas fontes de ingresso para suprir a crise.

Em 1941, a *Food and Drug Administration* (FDA) incluiu os barbitúricos em uma lista de 20 fármacos que requeriam monitoramento médico para seu uso. O meprobamato era difundido pela mídia para melhorar o rendimento das pessoas, inclusive daquelas que faziam psicoterapia, em consonância com a hegemonia da psicanálise. Após a realização de uma campanha para sensibilizar os médicos que prescrevem, o Miltown® (meprobamato) foi lançado no ano 1955. Miltown era prescrito liberalmente, vendido de acordo com o reaproveitamento de receitas<sup>6</sup>. Em 1956, a FDA decidiu investigar a promoção do uso inadequado de meprobamato por celebridades, ocasionando a proibição de sua publicidade ao público leigo.

Sob a influência da indústria farmacêutica e a demanda de pacientes, os médicos sustentavam a concepção dos novos psicofármacos como uma forma de benefício para os pacientes. Foi aí que a descoberta da clorpromazina implicou uma virada na história da psiquiatria asilar. Este impacto contribuiu para que a crença sobre a origem biológica da doença mental se tornasse uma hipótese promissora, iniciando uma transformação na pesquisa e na classificação da mesma daquele momento em diante. A indústria farmacológica passa a ser vista como indispensável para diminuir os custos da institucionalização (no caso dos psicofármacos), e para salvar vidas (com os antibióticos). A era dos calmantes traz novos brios para a Psiquiatria, que passa a conseguir resultados, superando sua crise de identidade diante da comunidade científica. A chegada dos BZDs foi uma revolução; eles foram apresentados como tranquilizantes úteis tanto em neuróticos como em psicóticos (TONE, 2009).

### 2.3.A era da dependência

Quando o Valium foi apresentado à comunidade médica, em 1962, Leo Hollister questionou a capacidade aditiva desse fármaco. Diante do silêncio que obteve como resposta da indústria, Hollister se lançou à pesquisa. Apesar dos resultados que o amparavam, seu questionamento seria reconhecido somente duas décadas depois. Em 1979, a FDA é obrigada

---

6. A receita já empregada na compra de um barbitúrico era reutilizada sem atualização da prescrição pelo médico, configurando uma forma de automedicação.

a admitir que a evidência sobre a segurança e a regulação do uso de calmantes era “*incerta, confusa e condescendente confusa e condescendente*” (Ib., p. 173, tradução nossa), dando lugar à revisão dos rótulos e à regulação mais estrita do uso no longo prazo.

Parafraseando Tone, houve a reunião do entusiasmo da sociedade, da contingência científica e da intransigência corporativa; três partes sincronizadas em um ritmo só: o objeto ansiedade (definido de forma vaga e não específica), um observador (a classe médica) pouco cauteloso e a indústria como pano de fundo funcionando como uma afinada orquestra para “*manter a harmonia das ilusões*” (FLECK, 1979, p. 38).

Na década de 1960, a talidomida gerou uma epidemia de malformações fetais em vários países de Europa. O Brasil, que fabricou e comercializou a droga, foi igualmente atingido pelo estrago (LEANDRO & SANTOS, 2015). Nos EUA, por sua vez, uma funcionária da FDA chamada Frances Oldham Kelsey conseguiu poupar a população das trágicas consequências do uso da droga. A confiança que Kelsey despertou na população permitiu que usuários a acessassem, pedindo esclarecimentos sobre a dependência a tranquilizantes. O movimento gerado a partir dos próprios usuários de ansiolíticos foi o principal vetor para que a entidade regulatória admitisse o vazio de informação, diante do qual havia permanecido durante anos em silêncio (TONE, op. cit.). Assim, foi a partir do ativismo dos usuários que os efeitos adversos dos BZDs se fizeram públicos.

#### 2.4. Enfrentando à dependência

A ampliação na aceitação do uso de ansiolíticos pela população, fundamentada por uma intolerância à ansiedade e a reações de estresse (LADER, 1978), gerou um alargamento nos limites da ansiedade e um apagamento na diferenciação entre o normal e o patológico:

*“A falta de dados dificulta a possibilidade de ser categórico quanto aos fatores operantes, mas a extensão do problema envolve questões científicas, morais, econômicas e políticas. Todas estas são evitadas tanto por especialistas quanto por leigos”* (LADER, 1978, p. 160, tradução nossa).

Lader percebe que os pacientes ansiosos tendem a “gravitar” em volta dos médicos com disposição para a escuta. De forma geral, o médico escuta um reflexo ou agravamento de problemas psicológicos subjacentes e medica focando mais no sintoma do que na causa. Lader intui que a dependência psicológica a ansiolíticos seria muito frequente, denunciando dificuldades para documentá-la. Até mesmo para casos indicados como graves, a ansiedade

leve deveria ser manejada com métodos não farmacológicos e aconselhamento, porém o que acontecia na época era o oposto (LADER, 1978).

Pellegrino (1976) adverte a existência de poderosos simbolismos junto à prescrição de fármacos tranquilizantes e estimulantes, inclinando o processo decisório do profissional. Rituais e simbolismos em torno ao uso de substâncias se ancoram em crenças primitivas a respeito da origem da doença, fato de surpreendente vigência a despeito dos avanços da farmacologia. Para o autor, tais simbolismos se mantêm em níveis subliminais na cultura, vindo à tona por ocasião da doença incurável e psicossomática: *“Qualquer prática, por mais universal e racionalizada, inevitavelmente terá significados biológicos, psicossociais e culturais que não podem ser repudiados mesmo em nome de uma suposta cultura científica e tecnológica”* (PELLEGRINO, 1976, p. 625, tradução nossa).

À medida que os ansiolíticos consolidaram seu lugar no imaginário social, a literatura médica começou a refletir sobre os efeitos da ansiedade medicada. Os textos da década de 1970 e 1980 mostraram investigações sobre os fenômenos da dependência, tolerância, abstinência e rebote sintomático da ansiedade. Para Owen e Tyrer (1983), a abstinência a BZDs estaria relacionada ao uso prolongado, e seria independente da tolerância e do abuso. Segundo estudos populacionais que esses autores analisaram, apenas uma parte dos usuários crônicos de diazepam apresentaria sintomas de abstinência ao suspender o BZD.

Os usuários regulares eram em sua maioria mulheres, com ansiedade e problemas físicos de saúde. Com frequência, iniciavam o uso em forma pontual (DRURY, 1985, p. 87). Drury salienta como a descoberta do receptor de GABA alimentou uma esperança a respeito do entendimento sobre a neurose e a psicose. No entanto, os modelos animais de ansiedade mostraram alcance limitado. Diante do isolamento de subtipos de receptores a BZDs, procurou-se uma correlação entre a localização e o efeito clínico, sem sucesso. Estudos experimentais evidenciaram que a tolerância<sup>7</sup> aos BZDs se desenvolve, em primeiro lugar, em relação à sonolência, e depois na resposta inibitória motora no animal punido<sup>8</sup>. A tolerância

---

7: a tolerância a uma droga é um termo farmacológico que se refere à perda do efeito após o uso repetido.

8: Estudam-se padrões de comportamento nos animais estimulando uma atividade através da oferta de água ou alimento, que mais tarde passa a ser punida através de choques elétricos. Prévio a aplicação do choque, se aplica um sinal visual ou auditivo, para criar condicionamento. O efeito dos BZDs observado em animais tratados consistia na supressão da inibição no comportamento exploratório diante do estímulo prévio. Ou seja, o animal não tratado se detinha diante da iminência do estímulo aversivo, enquanto o animal sob o efeito de BZDs, não. Observou-se que não aparecia diferença entre a reação ao estímulo aversivo ou ao estímulo facilitador nos animais tratados (os animais em uso de BZDs respondem da mesma forma ao choque elétrico e ao alimento). Também se estudou a reação do animal ao ser mudado de local. O animal não tratado mostra inibição do comportamento exploratório, enquanto o animal exposto a BZDs não. Esses resultados foram comparados com outros fármacos, como opióides e antipsicóticos (que não geraram os efeitos dos BZDs), e com fenobarbital e

ao efeito anticonvulsivante limitaria o uso de BZDs em epiléticos. Já a tolerância ao efeito ansiolítico no ser humano é objeto de debate, pois alguns indivíduos conseguem manter o efeito com a mesma dose, enquanto outros precisam aumentar a dose para alcançar o mesmo efeito, configurando dependência (CHARNEY et. al., 2005). Assim, o fenômeno da dependência se mostra difícil de ser precisado.

Segundo a guia para o uso de BZDs (ASHTON, 1994), o valor dos BZDs estaria dado pelo “uso racional” que os prescriptores deveriam ser capazes de fazer. Ashton recomenda os BZDs em função de sua eficácia em transtornos ansiosos, sempre que usados por períodos de tempo curtos (2-4 semanas); ao tempo que reconhece que este tipo de transtorno pode ter uma recaída após suspensão do BZD.

Dessa forma, o ‘uso racional de BZDs’ é uma construção que admite que o conceito de dependência a esses fármacos é problemático, legalizando o uso nas situações mais elucidadas: na ansiedade severa e incapacitante, no curto prazo. A escala Hamilton de ansiedade (HAM-A) constitui outra tentativa de objetivar o sintoma ‘ansiedade’, segundo um padrão universal (TONE, 2009, p.131). A maior parte dos autores de prescrições de BZDs são médicos generalistas (WHO, 1996), cuja formação não envolve um treino no manejo dessa escala.

A partir da década de 1990, a literatura sobre o uso de BZDs começa apresentar uma divisão: por uma parte, a proveniente de psiquiatras, defende o uso de BZDs em ocasiões pontuais, com ênfase na segurança, na eficácia e na necessidade de tratar os transtornos ansiosos em nome de suas complicações e das perdas que acarretam (ASHTON, 1994; WHO, 1996). Por outra parte, a literatura proveniente dos médicos generalistas ou de família, enfatiza na banalização do uso, buscando estabelecer a eficácia das estratégias de redução e suspensão, em nome de consequências negativas no uso crônico deste fármaco (SMITH & TETT, 2011; VICENS et. al., 2006). Mais tarde, surgiram questionamentos quanto aos efeitos nocivos para dirigir veículos (VERSTER et. al., 2004), bem como a relação com o aumento de fratura de fêmur na população idosa (CUMMING & LE COUTEUR, 2003).

---

meprobamato, que geraram efeitos similares, só que num rango em que geraram efeitos adversos (ataxia e redução dos comportamentos espontâneos). Fonte: CHARNEY et. al, 2005

## 2.5.O manejo da ansiedade segundo os manuais

Segundo a guia de tratamento farmacológico dos transtornos mentais para a atenção primária da OMS, a ansiedade é definida como “*condição caracterizada pelas manifestações subjetivas e fisiológicas do medo*” (WHO, 2009, p. 37, tradução nossa). Os BZDs são indicados para o tratamento de ansiedade generalizada e insônia, quando estes atingem um grau de severidade ou desconforto que gera incapacidade ao portador. Na ansiedade e insônia leves, devem ser tomadas medidas não farmacológicas e, ao considerar o uso de BZDs, é crucial não exceder o período de quatro semanas, o que deve ser informado ao usuário (Ib., p. 39).

As cartilhas de referência rápida (SMS Rio, 2016) foram elaboradas por um conjunto de especialistas de diversas áreas, visando oferecer orientação à equipe de saúde da família para poder identificar, classificar e acompanhar os casos conforme níveis de gravidade. Os quadros ansioso leves são de manejo não farmacológico, enquanto os severos ou sem resposta, são encaminhados conforme níveis de complexidade crescente, acionando o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e o uso de medicação.

No entanto, como Lader declarou em 1978, mesmo quando deveriam ser indicados em casos graves e a ansiedade leve ser manejada com métodos não farmacológicos e aconselhamento, geralmente ocorre o oposto (LADER, 1978, p. 163). A ansiedade como construto teórico não dá conta de nominar o mal estar psíquico e mental pelo qual os usuários demandam BZDs.

## 2.6.Da ansiedade leve à severa, a ansiedade ‘de quem?’

Os pacientes envolvidos e oprimidos pela identificação com a doença mental encontram um cenário vantajoso ao serem acolhidos pela atenção primária. Lá, eles podem se despir de seus antigos rótulos. A chegada desses usuários ao atendimento na comunidade os tira da marginalidade, reconfigurando o papel do médico generalista e redesenhando a estrutura da força de trabalho (PILGRIM & ROGERS, 2009, pp. 41-42). Tanto a evidência crescente sobre o dano que os psicotrópicos causam, como a comprovação da eficácia das

terapias da palavra, apontam para uma racionalidade no centro do que se considera boa prática na atenção primária (Ib., 52).

Contudo, a procura por ajuda não é dirigida aos serviços de saúde em forma crua: ela percorre a forma em que as queixas chegam à consulta. Os usuários encontram com o médico de família após terem checado seus sintomas em internet e na mídia. Os familiares e outros integrantes da rede de cuidado do usuário fazem parte do fundo de apresentação da queixa, atuando no processo em função de suas recomendações. Ou seja, crenças prévias sobre a doença, possíveis medicamentos e seus supostos efeitos já se agrupam no imaginário do paciente antes da consulta.

Os médicos de família enfrentam esse ensablado, que cria ansiedades e irritações na prática clínica e se reflete em algumas atitudes negativas com os pacientes. Pilgrim e Rogers identificam como essa irritação contribui para a criação de novos sintomas e formas de apresentação, como somatizações e dependência dos serviços de saúde (Ib., p. 47).

A atenção primária como interface entre a saúde e a sociedade, com sua missão de porta de entrada, sofre a influência da prática privada, das organizações sociais dos serviços que proclamam o autocuidado, entre outros. Esses atores reconfiguram o padrão da demanda e decisão na consulta (Ib., p. 48). De modo que os serviços alocados na atenção básica reorientam a demanda, transformando a leitura sobre o sofrimento mental e físico.

Dessa forma, os serviços de saúde na comunidade tem uma missão social fundamental, pois incidem sobre os processos de resistência à inequidade, amortecendo as formas de apresentação do estresse (Ib., p. 50). Mesmo quando a resposta biomédica ao sofrimento psíquico se mostra “*inadequada e ao mesmo tempo justificada*”, a prescrição de psicotrópicos opera segundo racionalidades que podem diferir entre um médico generalista e outro (Ib., pp. 51-52). A importância da aliança terapêutica se verifica no abismo aparente na resposta aos psicofármacos com ou sem o suporte psicoterapêutico, sendo a resposta ao medicamento superior quando associada à psicoterapia (Ib.).

Esta pesquisa procura identificar quais as racionalidades que o médico de família segue na hora da decisão sobre a prescrição do BZD. No entanto, a ansiedade, como afeto universal, permeia a leitura dos sintomas somáticos pelo público leigo, sem chegar à consulta como ansiedade ou insônia, senão como “pressão (arterial)”, “hipertensão” ou “dor”, entre outras acepções que esse afeto ganha. As classificações como CID e DSM, de caráter categorial, que contemplam a enfermidade dissociada do contexto, deixam as queixas ligadas ao uso de BZDs facilmente fora dos critérios, imperando o uso ‘sintomático’. A CIAP II

(Classificação Internacional para a Atenção Primária) considera a doença em seu meio, distinguindo doença (*disease*) da experiência do adoecimento (*illness*) (FORTES et. al., 2014b). Ainda que essa classificação permita balizar o uso de forma mais acorde, não oferece solução frente ao uso indiscriminado.

Como pode se observar após o percurso deste capítulo, a ansiedade como afeto universal era difusamente descrito, até que os ansiolíticos lhe daram um nome. Apesar da hipótese sobre a origem biológica da ansiedade ter se mostrado primeiramente promissora, e mais tarde, insuficiente, ela permeia o pensamento coletivo com uma força que a indústria farmacêutica soube explorar. A partir da regulação do uso por meio da prescrição, a classe médica se localiza no cerne do fenômeno do uso de ansiolíticos, desde que possui o poder de cancelá-lo.

Uma vez que todas as ferramentas mencionadas dão conta do fenômeno do uso de BZDs de forma incompleta, a próxima seção está dedicada ao medicamento e as crenças em torno à prescrição.

### 3. OS MEDICAMENTOS E A PRESCRIÇÃO

#### 3.1.O encanto dos medicamentos

Van der Geest e Whyte, no texto “O encanto dos medicamentos” (1989), produziram reflexões de grande valor para a construção deste trabalho. Em primeiro lugar, o fato de serem ‘*coisas*’ confere aos medicamentos parte de seu encanto (VAN DER GEEST & WHYTE, 1989; VAN DER GEEST et. al., 1996). Por serem coisas, condensam significados e permitem intercâmbios. São pequenos, transportáveis, se comportam como commodities, estando sujeitos à falsificação, roubo e contrabando (pp. 456-460). Podem ser emprestados, ou doados.

Os medicamentos mudam a condição de um organismo vivente devido a seu efeito biológico. Eles conferem alívio e permanecem atrelados à doença a qual dão este alívio (VAN DER GEEST et. al., 1996, p. 154). A disponibilidade de utilizar o medicamento é o que define como médicos e pacientes lidam com a doença (Ib., p. 157). Assim, os medicamentos contêm poderes e dão poderes a quem os prescreve. Uma vez prescrito, o medicamento atinge a capacidade de ajudar a quem o consome, de forma independente de quem o receitou. É fato corroborável na clínica a procura pelo medicamento, independentemente de quem o receita. É menos debatido entre os profissionais da saúde como é que, por intermédio deles, as pessoas constroem processos de individualização – o que Van der Geest e Whyte denominaram “fármacos libertadores” (Op. cit., p. 460).

A doença, além de ser uma experiência individual e sofrida, é descrita medicamente em um linguajar distante de quem a padece. Os medicamentos ajudam nomeando o padecimento, circunscrevendo o órgão a uma sensação, a uma palavra. Constituem o núcleo da cura e facilitam a simbolização da doença, fazendo-a palpável. Este efeito é particularmente poderoso no caso dos psicofármacos. Um pequeno comprimido simboliza o cúmulo do progresso da ciência e da tecnologia, ao mesmo tempo que permite quebrar a hegemonia profissional. Os medicamentos permitem contornar a influência não apenas do médico, mas também de todos os agentes em exercício do controle social: o bruxo, o padre, o psiquiatra. As opiniões de vizinhos e parentes são passíveis de ser excluídas, da mesma forma que se suspende qualquer hipótese psicológica sobre a origem da doença.

As atribuições populares à doença são essencialmente primitivas, podendo corresponder a imagens mágicas ou religiosas, tais como *'perda da vitalidade'*, algo *'que cola'*, *'que entra'* no corpo ou mesmo uma *'intrusão da alma'* (PELLEGRINO, 1976, p. 625, tradução nossa). Assim, as pessoas criam suas próprias imagens a partir de elementos do saber popular e científico de sua época, empregando os remédios conforme são articulados a essas imagens.

Van der Geest e Whyte mencionam dois processos metonímicos que operam concretizando a doença e facilitando o uso de medicamentos. Uma parte se recorta e contribui na localização do sofrimento, substituindo a função do todo pela parte. Em seguida, a parte recortada facilita a cura, que se concretiza no medicamento (VAN DER GEEST & WHYTE, 1989, p. 467).

A doença, em termos de percepção do doente, é uma afronta contra a liberdade, a autodeterminação e a imagem de si. O medicamento é o sinal visível do poder de cura do médico (PELLEGRINO, op. cit.). Ao prescrever, o médico coloca em ato sua preocupação com o doente, legitimando o padecimento da doença. E quando não prescreve, o faz em adequação ao critério médico, mas pode ser irracional desde o ponto de vista cultural. Os médicos que prescrevem tem melhor reputação, ao tempo que nas situações de desencontro entre o médico e o paciente, a prescrição pacifica. A prescrição é um contrato escrito, onde os contratantes concordam com uma ação comum (VAN DER GEEST et. al., 1996, pp. 160-61).

A tênue relação entre o medicamento e quem o prescreve se verifica na tendência à automedicação. Isto se evidencia no abandono dos serviços diante da falta de medicamentos. Neste cenário, o paciente vira usuário, e se vê obrigado a escolher entre os medicamentos que toma, conforme sua capacidade de compra, ou seu livre arbítrio. O medicamento, que era veículo do cuidado, cede seu lugar à naturalização da automedicação, fora do escopo da medicina (Ib., pp. 164-65).

Neste ponto da discussão, vale destacar alguns elementos:

- a) os medicamentos – em especial os prescritos – chegam da mão do médico. Ou seja, apesar de serem separáveis do contexto da consulta, levam algo do médico consigo;
- b) o psicofármaco constitui um tipo de medicamento que opera em um contexto de troca particular, tributário de significados específicos;
- c) os medicamentos produzem transformações na terapêutica e a forma de uso dos mesmos nos indica como essas mudanças estão operando.

### **3.2.O medicamento como talismã: o encanto da prescrição**

Um talismã, segundo o dicionário Aurélio, é um objeto ao qual se atribuem poderes mágicos. Para Sands (1965), os tranquilizantes teriam atributo de talismã, ao desfrutar a propriedade de ser o resultado de uma fórmula científica (de base bioquímica e fisiológica mensurável), prescrito pelos egressos de instituições científicas (SANDS, 1965).

Representações de saber empírico, mágico e religioso – junto com o científico e racional – se fundem ao medicamento para combaterem a doença (PELLEGRINO, 1976; COLLIN et. al., 2006).

Os tranquilizantes adquirem parte do seu poder no ritual da prescrição (SANDS, op. cit.). Os significados e símbolos atrelados à prescrição são passíveis de ganhar poder, ao ponto de submeter o efeito farmacológico ou inclinar a decisão do terapeuta. Pellegrino (op. cit.) insiste que os significados dos medicamentos são poderosos e se unem com as representações biomédicas, deixando pouco lugar ao saber científico e tecnológico. Esse autor também salienta a importância dos médicos conhecerem esses determinantes em torno da prescrição, convidando à reflexão sobre os direitos dos não usuários (Ib.).

Para Sands, a procura por recursos para se fortalecer e superar as próprias capacidades está implícita no uso de tranquilizantes. Ele entende como problemático o indivíduo que não consegue reverter o desejo mágico de ingerir um medicamento nos momentos de desamparo. Resume toda a questão do uso de tranquilizantes a se o paciente consegue superar que alguém faça as coisas para ele, para fazê-las por si mesmo (SANDS, 1965).

### **3.3.O medicamento como fenômeno social**

Os medicamentos tem um lugar fundamental no alívio do sofrimento, inclusive salvando vidas. Porém, ocupar esse lugar não está isento de tensões e controvérsias, em especial em termos dos significados e representações sociais que mobilizam. Alguns autores discutem os medicamentos como fenômeno social (VAN DER GEEST et. al., 1996; DESCLAUX, 2006), com foco nos fármacos psicoativos (COHEN et. al., 2001; EHRENBERG, 2010).

Abraham (2010) define a pharmaceuticalização como o processo pelo qual uma condição física, comportamental ou social é chancelada como de tratamento necessário por meio do uso de drogas, por médicos ou pacientes (ABRAHAM, 2010, p. 603, tradução nossa). Williams e colaboradores examinam a pharmaceuticalização como fenômeno paralelo à medicalização, identificando dois processos em curso: a domesticação do consumo farmacêutico e a pharmaceuticalização da vida cotidiana. Os autores denunciam o interesse comercial que enviesa a ciência da experimentação com drogas, sustentando que a diminuição na qualidade dos parâmetros científicos não deveria ser o preço a ser pago por um desenvolvimento mais ágil de medicamentos (WILLIAMS et. al., 2008, pp. 816-818).

A preocupação da indústria em abrir novos nichos de consumo não contempla o acesso a tratamento e o direito à cura das populações carentes, frequente nos países em desenvolvimento. Embora a indústria ofereça amparo à pesquisa, se submeta a autoridades regulatórias e manifeste preocupação com a saúde e o bem-estar, o exame da pharmaceuticalização é reprovado no quesito equidade e aprofunda a desigualdade, prejudicando aos que têm menos.

No entanto, o presente trabalho não pretende se aprofundar nos efeitos da indústria sobre o uso de medicamentos. De acordo com a análise de Desclaux, o uso de medicamentos constitui um objeto privilegiado para observar dimensões cruciais da cultura, tais como a relação com o saber e a noção de ordem ou autoridade. Assim, o estudo do medicamento como objeto social permite abranger transformações políticas, sociais e culturais; assim como essas atingem os sistemas socioculturais e os indivíduos em relação ao corpo, suas práticas de saúde e suas interpretações da doença e da cura (DESCLAUX, 2006, pp. 120-126).

Em 1976, Pellegrino alertava sobre a força que compele médicos e pacientes a usar fármacos, mesmo quando a evidência científica indica que não é o caso. Fato este especialmente problemático quando se trata de ansiolíticos. A prescrição com base empírica tem um impacto social e está diretamente ligada ao uso maciço de tranquilizantes (PELLEGRINO, 1976, p. 627).

Para Cohen et. al. (2001), falar de “*uso racional*” torna-se inadequado, pois desconsidera racionalidades legítimas, no intuito de entender o lugar do medicamento na atualidade. Existe um número cada vez maior de patologias para tipificar os tropeços da vida cotidiana. Para cada uma dessas patologias amplia-se o número de substâncias psicoativas disponíveis. As mudanças no padrão de uso de um medicamento psicoativo servem como analisador do ciclo de vida do medicamento, que se adapta em resposta às transformações

sociais, econômicas e tecnológicas. O “*uso racional*” deixa de lado comportamentos de consumo frequentes como a automedicação, a não adesão e a polifarmácia, que tem valor na compreensão sobre o lugar do fármaco na cultura.

Lipschitz-Phillips e Gabe (1984) notam que os benzodiazepínicos são usualmente prescritos por sintomas de caráter social (questões de gênero, domésticas, trabalhistas, entre outras), assumindo que os médicos experimentam a prescrição de benzodiazepínicos como mecanismo de controle social, fazendo-os responsáveis pela medicalização do cotidiano e reforço das relações sociais hierárquicas. Os resultados permitem entrever como o paciente, ao seguir (ou não) a prescrição, mantém o controle dos seus sintomas conforme a própria experiência. A prescrição médica é indispensável para a compra, mas o uso da medicação via oral fica a critério pessoal.

Esta ideia pode se desdobrar na noção dos usuários serem seduzidos por medicamentos detentores de um encanto particular, pois estes aliviam seu sofrimento e o médico é apenas um veículo para sua obtenção. Tal como proposto por Van der Geest e Whyte, o medicamento tem algo do médico contido dentro dele que faz parte do seu encanto. Grande parte deste encanto tem relação com ele permitir ao usuário se libertar com seu uso, do médico e da dor de viver, a um só tempo.

### **3.4. Doença ou estilo de vida**

Para Rose (2007), a farmacologia, assim como as práticas alternativas, procuram se enquadrar na linguagem da “*biopolítica molecular*”: um conjunto de práticas de controle, combinações e novos acordos que antes não existiam. A forma como desejamos, esperamos ou o que aspiramos, toma uma nova conformação na era da tecnologia, que transcende a normatividade e introduz novas formas de medicalização.

Novas dinâmicas do social incidem no científico, reconfigurando a organização e o fornecimento de saúde (o tema será abordado com maior profundidade no capítulo 4). O limite entre o considerado tratável e patológico se alarga, dado que existe um extenso desenvolvimento de tecnologias do aprimoramento e do estilo de vida que permeiam a experiência subjetiva e social, da saúde e da doença.

Nesse contexto, Flower (2004) propõe as *lifestyle drugs* (LD) como medicamentos usados para tratar problemas à margem da saúde e do bem-estar. Relaciona democratização da

informação médica (por meio da internet), a popularização de grupos de apoio e a publicidade direta da indústria farmacêutica com o estímulo ao autodiagnóstico. Assim, as LD auxiliam no autodiagnóstico, ao tempo que ampliam nichos de mercado, tornando-se funcionais tanto para usuários como para a indústria farmacêutica (FLOWER, 2004).

Uma variante do uso não médico de psicofármacos é a descrita por Racine e Forlini (2010), que afirma que 5 a 35% dos usuários de metilfenidato não têm diagnóstico de TDAH, fenômeno denominado como *enhancement* cognitivo. A compreensão leiga, a influência da mídia e o papel dos fármacos para concretização de fins pessoais coadunam para consolidar o centro do paradigma das *lifestyle drugs*. As LD ganham popularidade fora da medicina, graças à mídia, embora seus riscos estejam pouco esclarecidos.

O paradigma dos fármacos utilizados no aprimoramento de funções ou como parte do estilo de vida, dá destaque à atuação do indivíduo a respeito da construção da própria identidade e autonomia. O significado da medicina fica, assim, interrogado. Uma diferenciação nítida entre o normal e o patológico não basta para o consenso. Também não há consenso sobre qual o limiar aceitável de efeitos adversos, ao se tratar de pessoas (a priori) hígdas. Outra questão da qual esse debate não pode se furtar é a do financiamento. Há traços francamente normais tributários a serem considerados quanto à cobertura de seguros de saúde, ao tempo que os gastos em saúde se encontram inflacionados pela demanda crescente.

Para Ehrenberg, não importa qual o efeito do psicotrópico: o discurso sobre ele se associa à concorrência, desde que este constitui um meio artificial de alcançar o objetivo quando a natureza fracassa. Os psicofármacos são uma forma de reforçar o trabalho feito sobre si mesmo, de forma similar a um atleta que se coloca a prova a si mesmo (EHRENBURG, 2010, pp. 134-135); em uma forma de solidariedade onde cada um pode usufruir o efeito de substâncias de bolso, suspendendo qualquer percalço da relação com outros, ou qualquer tipo de concorrência (Ib. p. 143). Nesse sentido, a ideia de dopar-se não envolve um isolamento ou uma recusa do mundo, senão uma forma de se integrar e socializar, conforme Ehrenberg resume no seguinte parágrafo:

*“As drogas de socialização, de integração ou de inserção estão na interseção de duas histórias: de início, elas rompem com as tradições do desvio e da marginalidade que caracterizam o universo das drogas ilícitas; depois, elas prolongam, no domínio do consumo corrente, instrumentos químicos inventados no campo psiquiátrico para tratar as doenças mentais e as depressões”* (EHRENBURG, 2010, p. 145).

### 3.5.O lugar do médico

No nosso tempo, as intervenções que tendem ao recorte do corpo como máquina crescem de maneira surpreendente (hiperespecialização do conhecimento, terapias cognitivo-comportamentais, neurociências). O cérebro ganha um papel central, enquanto uma compreensão reducionista dos psicofármacos permite o domínio sobre os afetos e comportamentos (EHREMBERG, 2009). Em um processo inverso à desinstitucionalização, onde a doença mental não era uma doença ‘*como as outras*’ (COLLIN et. al., 2006, p.7), ressurgem a ciência em sua versão positivista, transformando a doença mental em doença do cérebro, invisibilizando os limites entre a psiquiatria e a neurologia.

Ao mesmo tempo, a declaração de Alma Ata e a definição biopsicossocial de saúde leva os médicos de família a transformar-se nos especialistas do nervosismo. A dificuldade para diferenciar estratégias de abordagem da doença mental da abordagem do desvio social predispõe às intervenções *one-size-for-all*, fazendo com que qualquer desventura do campo da experiência humana se traduza na linguagem do fármaco e no registro da mente (Ib.).

Os usuários de psicofármacos estabelecem relações próximas e a longo prazo com seu medicamento de escolha. Essa proximidade e intimidade ganham uma força que resta valor à cura. A cura está relativizada, ou suspensa. Está subordinada à autossuficiência (Id., p. 8). As tecnologias do aprimoramento e o uso cosmético de drogas varrem a complexidade dos transtornos mentais, produzindo novos discursos sobre os psicofármacos.

O caso dos ansiolíticos BZD nos permite pensar como o médico com suas premissas a respeito da cura e da saúde tem um peso no social, juntamente com o fármaco que ele prescreve. É ao médico que se recorre para obter a prescrição. O ato da prescrição influenciada pelo paradigma do uso racional, pela medicina baseada em evidência, pelas tecnologias de aprimoramento e pelo cuidado centrado no usuário ganha diferentes conotações para o médico e para o usuário. Investe-se de intensos afetos ou é totalmente dispensada, com nuances entre esses extremos.

A relação médico/paciente está habitada por essas nuances. De um lado, os médicos, com formação como especialista ou generalista, enfrentam cotidianamente decisões quanto à diferenciação entre o normal e o patológico, o uso como aprimoramento ou como drogas de estilo de vida. O paciente/usuário vem se libertar dos seus sintomas/queixas, com suas próprias crenças sobre efeitos dos medicamentos e disposto a negociar com o médico o

necessário para obter a receita. Um grupo de usuários dispensa este encontro, fenômeno que lembra a *salutização* de Crawford, e a função libertadora de Van der Geest e Whyte.

Na seção seguinte, um breve percurso pelas transformações sociais que impactaram na medicina possibilitará situar o nascimento da medicina de família, seus princípios e suas bases epistemológicas.

## 4. OS MÉDICOS, A MEDICINA

### 4.1. Transformações sociais, seu impacto na medicina

Nesta seção, procurou-se fazer um percurso sobre as mudanças que influenciaram a medicina como campo de conhecimento, desde o nascimento da clínica até a contemporaneidade.

Após este percurso histórico, a seção se divide em subseções, que definem modos da medicina lidar com a incerteza que convivem na atualidade. Essa divisão, criada para fins descritivos, não se encontra sempre dissociada na prática. Em uma dessas vertentes, o discurso do risco e a medicina baseada em evidência incidem na prática, com uma tendência a fragmentação e a hiperespecialização. A incerteza é transcendida pelo cálculo estatístico.

No outro enfoque, a função do médico é hierarquizar as queixas. A autonomia do paciente ganha destaque e as decisões são compartilhadas. Essas vertentes se pulverizam, para decantar de novo, no exame das mudanças na terapêutica. Por fim, a proposta de formar médicos de família tem como essência a função de complexizar a demanda, aprendendo a lidar com a incerteza (WONCA, 2002).

No Brasil, a consolidação da medicina de família como especialidade teve características particulares (BONET, 2014), fazendo deste percurso um passo necessário para situar o fenômeno da prescrição por tais especialistas, como abordado por esta pesquisa.

#### 4.1.1. A medicina do século XVIII ao XX

Foucault, na obra “O nascimento da clínica”, teorizou sobre a evolução do saber médico ao longo de dois séculos. Ao estilo da botânica, a medicina procurava produzir taxonomias a partir de seus achados. No século XVIII começa se estabelecer a diferenciação entre sintomas e signos, de modo que a clínica do olhar se articula com a linguagem, dando lugar ao quadro clínico como forma de comunicação entre os letrados. Surge, assim, o método clínico.

Mais tarde, no século XX, o estudo do cadáver torna visível o invisível, trazendo novos elementos sobre os órgãos, suas funcionalidades e suas irritações. A localização e as

causas de morbidade reconfiguram o campo de estudo. Contemporâneo a estas mudanças, o contágio produtor das doenças infecciosas acrescenta um fator à clínica: a necessidade de vigiar a população. É a origem da epidemiologia e da medicina preventiva (FOUCAULT, 1963).

Aquela ‘velha saúde pública’, dedicada ao controle das doenças infectocontagiosas, foi progressivamente substituída pela medicina das doenças não transmissíveis (câncer, doenças degenerativas, doença cardiovascular) que respondem às mudanças no estilo de vida (PETERSEN & LUPTON, 1996). O diagnóstico dá lugar à causa, nomeando uma doença que recorta um órgão para ser tratado. É a base para o desenvolvimento das especializações, onde cada aparelho do corpo impôs uma expertise determinada e restrita. As condições do encontro médico-paciente (contexto hospitalar, profissionalizado, incidido por uma assimetria no poder e a divisão do corpo como alvo de diversas especialidades) dissociaram o doente do contexto humano e social em que a doença aparece (CRAWFORD, 1980, pp. 371-372). Deste modo, manter um corpo saudável se transformou no eixo da vida dos indivíduos e suas famílias, no século XX.

#### 4.1.2. O discurso do risco

Petersen e Lupton vinculam a preocupação com o cuidado do corpo e o estilo de vida com a noção de risco. Neste cenário, a ‘nova saúde pública’ emerge como “*a mais recente de uma série de regimes de poder e conhecimento orientados à regulação e ao monitoramento*” (PETERSON & LUPTON, 1996, p. 3, tradução nossa). Assim, o modelo de assistência hospitalar deixa espaço para a promoção da saúde e a maneira de lidar com a doença passa a ter um tom avaliativo e epidemiológico. As regras pelas quais os indivíduos são classificados em função do risco são parte da função do estado neoliberal, que aprimora a autogestão e o desenvolvimento individual, fazendo com que as pessoas se entendam a si próprias em relação às tecnologias sociopolíticas do governo, reconfigurando os deveres e direitos do cidadão, e a subjetividade em consequência (Ib., p. 12-13).

Para Beck (1999), as sociedades atuais enfrentam cinco desafios: globalização, individualização, revolução dos gêneros, o subemprego e os riscos globais. Há uma pluralidade na trajetória pela qual cada sociedade, ocidental e não ocidental, enfrenta e responde a esses desafios por meio de um regime criado para dar conta da nova ordem global, em uma tentativa ou “mapa cognitivo” para colonizar o futuro (BECK, 1999, p. 5, tradução

nossa). O que antes era previsível se torna incerto, enquanto o que antes parecia não ter relevância ganha força de movimentação política, aparecendo novos jogos de poder. O ritmo de crescimento da pobreza e da desigualdade aumenta, até comprometer os investimentos em desenvolvimento. Para Beck, a “*sociedade do risco*” nos leva a “*política da Terra*”, onde começamos a perguntar sobre a natureza, a ecologia e o que há de humano no ser humano (Ib., p. 13).

A perícia (*expertise*) encarna um novo poder pastoral. O cálculo do risco epidemiológico permitiria o monitoramento à distância das populações (PETERSON & LUPTON, op. cit., p. 19). Giddens (1999) adverte que a tecnologia perpassa nossas vidas, permitindo que cada vez mais o que sentimos e vivemos entre no escopo da ciência. A ciência, inerentemente cética e em permanente revisão, estava isolada do domínio público. Na ‘sociedade de risco’ (conceito que toma de Beck), nosso convívio com a inovação é rotineiro. O homem passou de preocupado com o que a natureza podia fazer, para preocupado com o que o ser humano faz com a natureza: “*Nossa sociedade vive depois da natureza e depois da tradição*” (GIDDENS, 1999, p. 3, tradução nossa).

Viver na sociedade de risco não implica que a vida seja mais perigosa. Para Giddens, há algo ‘normativo’ no risco do nosso tempo (Ib., p. 4). O risco de hoje não é externo, como na sociedade industrial: é o ‘*risco manufaturado*’. O risco manufaturado se expande, tocando a ciência e a tecnologia, produzindo novas ameaças. Uma das formas que o novo clima político e moral promovem para lidar com o risco, segundo Giddens, é o *scaremongering* (alarmismo) (GIDDENS, 2007, p. 40). O alarmismo impacta no campo da saúde, dando lugar a promoção da doença, potencializando a força do discurso do risco.

Williams e Calman (1996) se interrogam sobre a interação entre a medicina moderna e o saber leigo, no contexto de incertezas e transformações sociais contemporâneas, debatidos por Beck e Giddens. Os sistemas de conhecimento especializados acumulam dados de fontes múltiplas de autoridade, aparecendo divergências e contestações, fazendo da confiança uma mediadora necessária entre esses sistemas e as fontes de autoridade. Conforme a dependência da biomedicina aumenta, a fé na medicina moderna ganha conotações de credo, e os mitos em torno do médico-deus recuperam vigência. Os médicos encarariam os novos ‘*padres*’, ponto de ancoragem para incerteza da modernidade tardia (WILLIAMS & CALNAN, 1996, p. 1618).

#### 4.1.3. A engenharia biológica da vida

Nikolas Rose (2007) discute como o escopo da autoridade médica se alargou, entrando no mundo moral e político. Tentativas de “*empoderamento*” dos indivíduos que recebem cuidados transformaram os pacientes em usuários. A medicina deixou seu lugar à tecnomedicina dos equipamentos, e os médicos perderam o monopólio do diagnóstico para os protocolos que a Medicina Baseada em Evidências (MBE) sanciona. A saúde e a doença tomaram dimensão molar. Criaram-se novas formas de vida no laboratório, que precisam de novas formas para entendê-la.

O clássico texto da Adele Clarke aborda o encontro entre as novas tecnologias da informação e a inovação clínica. O jogo de forças resultado deste encontro dá lugar a novas formas sociais, com reflexos que impactam na biomedicina (CLARKE et. al., 2003). O modelo centrado no médico, muda para o predomínio de organizações da administração do cuidado. As medidas de risco e monitoramento exercem controle sobre os corpos segundo novos padrões de “normalização”, permitindo que as seguradoras restrinjam sua cobertura apenas a quem se encaixar no padrão “*cyborg*”.

A continuidade no cuidado, a relação médico/paciente, a privacidade na abordagem e a autonomia do paciente na tomada de decisões encontram-se radicalmente afetadas por estas transformações. A natureza tecnológico-científica das práticas e inovações biomédicas promove que as decisões – antes tomadas caso a caso – sejam tomadas segundo previsões estatísticas baseadas em evidências, que utilizam tecnologias de bancos de dados. Os registros se digitalizam, alimentando bases para a tomada de decisões médicas e para as companhias de seguros. O conhecimento que antes era do domínio exclusivo dos médicos (em termos de produção e divulgação), hoje é um conglomerado heterogêneo de fontes diversas, acessível por meios digitais (Ib., pp. 166-183).

Rose acredita numa virada epistemológica, “*a engenharia biológica da vida*”, que traz tecnologias da *otimização*, e não apenas mecanismos para a recuperação da doença (ROSE, op. cit., pp. 15-16).

#### 4.1.4. A medicina baseada em evidência e a decisão compartilhada

Na década de 1970, Cochrane faz pública sua crítica ao uso tanto insuficiente como excessivo da tecnologia médica, no Reino Unido. Duas décadas depois, a medicina baseada em evidência (MBE) ganha denominação da mão do David Sackett, propondo recomendações desenvolvidas com base em pesquisas sistemáticas, para subsidiar a tomada de decisões. O consenso dos *experts* passa a regular objetivamente a relação terapêutica, no que Collin chama da dupla negação da MBE: sabe mais do que o profissional, sabe mais do que o paciente (COLLIN, op. cit., p. 145, tradução nossa).

Para Greenhalgh et. al. (2014), as críticas ao modelo da MBE não impedem o reconhecimento de seus benefícios, o que marca uma discordância entre esses autores e a posição crítica de Collin. A tradição, a anedota e o raciocínio clínico não deveriam ser substituídos pelas evidências dos ensaios clínicos e dos estudos observacionais. A MBE é resultado de uma comunidade médica comprometida com uma prática clínica mais científica e custo efetiva. Embora sua ênfase na evidência experimental possa levar a leituras distorcidas, ou possa ser mal apropriada (quando influenciada por conflitos de interesse), a MBE, em sua essência, é individualizada e comprometida com uma agenda ética. Os autores denunciam a falha na MBE em desmascarar os vieses sutis da indústria farmacêutica, que na sua profusão de *guidelines*, torna a informação insondável e difícil de acompanhar. A ênfase em regras algorítmicas hiperestima os ganhos e subestima os riscos, tornando-a pouco aplicável a populações com comorbidades múltiplas. Assim, o manejo de um risco pode levar a exacerbação de outro, como evidenciado, por exemplo, na polifarmácia do idoso (GREENHALGH et. al., 2014).

Para esses autores, o cuidado centrado no paciente vincula a MBE com a tomada de decisões conjunta (SDM, *Share Decision Making*). Desde que as regras da MBE não podem substituir o juízo do clínico experiente, a chave deste novo marco de referência está dado pela tradução da informação médica à linguagem do paciente, de forma que o médico possa compartilhar a decisão, tomando as medidas mais apropriadas para seu cuidado. A MBE, assim entendida, visaria o resgate do vínculo entre o médico e o paciente, pois as intervenções não somente devem ter bases científicas sólidas (apoiadas em revisões e estudos clínicos multicêntricos), como seu sucesso depende, em grande parte, da disponibilidade, aceitabilidade e adequação ao contexto. A SDM permite o fortalecimento do vínculo interpessoal entre médico e paciente (Ib.).

#### 4.2. Impacto das mudanças na terapêutica

O fim do século XIX se caracterizou por avanços nas áreas da química, do diagnóstico, da farmacologia e na standardização dos processos, com ganhos em termos de previsibilidade. No entanto, a terapêutica permaneceu no terreno empírico, defasada. Collin (2006) marca a procura pelo universalismo como vetor da pesquisa terapêutica do século XX. Para isto, foi preciso que a redução da doença ao corpo (mais precisamente, ao órgão) possibilitasse uma intervenção terapêutica eficaz e mensurável. O social e o pessoal do paciente, e a influência destes na doença, foram opacados pela ambição de universalidade.

A replicabilidade e a consistência passaram a constituir os pilares da pesquisa base do raciocínio terapêutico. A standardização do processo de fabricação de remédios contribuiu com o auge da indústria farmacêutica. Collin utiliza a metáfora da guerra, referindo-se a luta da medicina pelo combate a doença infecciosa segundo padrões universais. A especificidade do paciente ficou, assim, fadada ao esquecimento (COLLIN, 2006, pp. 141-144).

Em consonância com a virada da medicina da doença à medicina da saúde (CRAWFORD, 1980; PETERSEN & LUPTON, 1996), a revolução terapêutica começou mostrar suas fissuras na década de 1970, com o questionamento à hegemonia terapêutica e as práticas de prescrição (empíricas, burocratizadas pela rotina, influenciadas pela indústria farmacêutica, e excessivamente impregnadas pela noção de panaceia). O caso dos ansiolíticos se mostra como o exemplo mais eloquente de uma prática banalizada, fora dos padrões propostos pelas entidades regulatórias.

Ao tempo que a medicina se despersonaliza, as práticas alternativas proliferam, marcando uma tentativa de trazer à tona a especificidade e experiência do paciente, que a ciência se esforça por obscurecer. Para Collin, a inversão na concepção terapêutica experimentada a finais do século XX configurou a prática da prescrição como errática e burocrática, transformando os medicamentos em uma arma de dois gumes. Tanto MBE como o a medicação centrada no paciente (MCP) seriam propostas para dar conta do vazio da ciência da terapêutica, que em sua vã aspiração de ser objetiva, tende inexoravelmente à panaceia. Em uma leitura que considera as terapias alternativas como tentativa de reivindicar a especificidade do paciente, Collin entende que a farmacogenómica se insinua como a única possibilidade de “soberania da especificidade objetivada” (COLLIN, 2006, p. 145, tradução nossa).

Uma década depois, junto ao avanço da farmacologia de desenho, a SDM -o compartilhamento das decisões- reivindica uma especificidade que se contrapõe a farmacogenômica, informada e orientada pela autonomia do paciente (LEHMAN, 2017).

### 4.3. Os médicos das pessoas

Em sua obra “Os médicos das pessoas”, Octávio Bonet (2014) comenta como os médicos que não seguiam a corrente hegemônica e trabalhavam em ‘postinhos’, assumiam empregos pouco valorizados, constituindo progressivamente a institucionalização da especialidade às margens da medicina tradicional. Na década de 1960, a medicina, vinculada a questões sociais, transcorre um processo de retorno à totalidade, onde saúde e doença deixam de ocupar compartimentos estanques para se transformar em um processo. Neste contexto, surgem a atenção primária a saúde e a medicina do primeiro contato.

Bonet discute o processo pelo qual a medicina de família, especialidade que não cuida de um órgão ou aparelho em particular, funda suas bases epistemológicas em diálogo entre a medicina tradicional (na qual os médicos eram formados) e saberes alternativos, com a premissa de uma compreensão integral do indivíduo em seu meio psíquico, familiar e social. O modelo biopsicossocial se opunha ao modelo biomédico, cujo reducionismo impedia o reconhecimento e abordagem das doenças com componentes psicossomáticos (BONET, 2014, p. 170). Junto com a integralidade, a continuidade é o aspecto que permite a aproximação do doente em contexto, cuja singularidade em jogo obriga ao médico de família a estabelecer um diálogo entre o geral da doença e o particular de cada paciente.

Várias décadas depois, o WONCA Europa (2002) define a disciplina, funções e competências dos médicos de família, selando a liderança científico-acadêmica que se construiu nos finais do século XX, quando os estados europeus passaram por uma reformulação nos seus sistemas de saúde. Essa reformulação ganha força na necessidade de suprir as demandas de saúde da população, no cenário de aumento constante nos custos da atenção, incrementados pelo envelhecimento da população, a melhor sobrevivência dos doentes crônicos e o aprimoramento das tecnologias de diagnóstico e tratamento hiperespecializadas. Nesse sentido, a atenção primária assume sua missão, tanto em termos de cobertura à população como de uso eficiente dos recursos (STARFIELD, 2002).

O médico de família tem sua formação determinada pelo contexto regional onde se insere, no primeiro ponto de contato do usuário com o sistema de saúde. Sua abordagem centrada na pessoa permite que a consulta seja um processo singular prolongado no tempo. A responsabilidade pela produção de cuidado não se restringe a doença atual, senão a essa em relação com doenças crônicas, lidando com a saúde em sua dimensão física, psicológica e social. A incidência, a prevalência da doença na comunidade e a apresentação nos estágios iniciais são cruciais no uso eficiente de recursos.

São características centrais à disciplina a responsabilidade com a comunidade, a negociação do plano de ação com o paciente e o trabalho em rede com outros profissionais, conforme a necessidade em saúde e os recursos disponíveis. A proposta é de complexização do problema, a gestão da queixa, o cuidado contínuo e coordenado.

Nesse sentido, vale lembrar a definição de saúde como:

*“a extensão na qual um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde, é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo envolvendo recursos sociais e pessoais, bem como capacidades físicas.”* (OMS, 1984 apud STARFIELD, 2002, p. 21).

Essa definição leva a saúde ao âmbito da comunidade, coloca-a como meio e não como fim, em relação com os recursos dos quais esse coletivo dispõe. Assim definida a missão do médico quanto à saúde, dista muito da missão do médico como padre, como anteriormente definido por Williams e Calnan (vide subseção 4.1.).

#### 4.3.1. O papel do médico e da consulta

A consulta como instrumento terapêutico evoluiu, desde Balint, em direção ao crescimento da autonomia do paciente, transformando o papel tutelar do médico em auxiliar do paciente para gerir suas próprias afecções. Parte dessa evolução é tributária da ‘advocacia do paciente’, onde o papel do usuário é ativo no processo de decisão clínica. O médico não só auxilia no gerenciamento da agenda da atenção primária, como negocia o percurso pelos níveis secundário e terciário (WONCA Europa, 2002).

Em função da incidência e prevalência dos fatores de morbidade, o médico pode gerir as prioridades a ser destacadas no cuidado, superando o modelo queixa-conduta, sem deixar de considerar os riscos da hipermedicalização de consultas e rastreios desnecessários.

#### 4.3.2. O medicamento “médico”

O processo de hierarquização das queixas, onde o paciente ganha centralidade, permeia a noção de Canguilhem sobre o saber do indivíduo sobre seu corpo, não inerte senão capaz de exercer sua própria regulação, ao formar um sistema com capacidade de autoconhecimento e compensação de seus déficits. Na frase: *“O corpo é uma grande razão, uma multidão de um só sentimento, uma guerra e uma paz, um rebanho e um pastor”* (CANGUILHEM, 2002, p. 39), o médico e filósofo destaca o corpo como íntegro e composto por forças antagônicas. O saber sobre o próprio corpo seria parte do processo curativo e caberia ao médico descifrar esse processo antes de intervir.

No texto *“O médico, seu paciente e a doença”*, Balint (1955) evoca sentimentos infantis de desamparo no período de desorganização subjetiva que acompanha a doença, onde o método psicanalítico, com sua proposta de elucidar o lugar do paciente na sua luta com a doença, nem sempre garante avanço. O psicanalista inglês chama a atenção sobre a contradição na forma em que o paciente se recusa ao exame psicológico, ao tempo que as agendas dos médicos têm seus resquícios livres ocupados por pacientes que querem discutir suas questões psicológicas com o médico.

Balint, por sua vez, adverte sobre as reações hostis dos pacientes quando o médico rejeita as hipóteses sobre doenças orgânicas que o paciente propõe. Nesse caso, o médico procede como analista: oferece simpatia e compreensão, um lugar de escuta e alívio. Portanto, esse tipo de queixa encontra um depositário externo. A função de *“exegeta antes que reparador”* (CANGUILHEM, op. cit., p. 45), neste sentido, não diferiria entre o médico e o psicanalista. O manejo da relação médico/paciente garante a eficácia do medicamento *“médico”* (BALINT, op.cit.).

Neste ponto, as elucidações do Levi-Strauss sobre a eficácia simbólica (1939) permitem traçar um paralelo entre a cura, o médico e o medicamento. O médico dialoga com seu paciente não com palavras, senão por meio de rituais que atravessam a tela da consciência, aportando sua mensagem diretamente ao inconsciente. As imagens do inconsciente provêm de uma estrutura comum, preenchida por conteúdos de origens variáveis.

Essa estrutura comum e as leis que a regem caracterizam a eficácia simbólica. Os rituais que os índios kuna praticam em torno do parto permitem concluir que os conteúdos podem variar de cultura em cultura, porém, as leis que regem esses mitos são as mesmas. A eficácia simbólica, igual à magia, tem sua base no conhecimento compartilhado. O canto do xamã constitui uma manipulação psicológica que simboliza a luta entre espíritos do bem e do mal. Não é apenas alívio ou resignação, é a resignificação da dor numa sucessão de imagens que fazem parte da crença compartilhada, que ganham um novo sentido no ritual, tornando o sofrimento suportável. O princípio da cura é torná-la pensável: “*a cura consistiria, então, em fazer pensável uma situação dada no início em termos afetivos e fazer aceitáveis para o espírito as dores que o corpo se recusa a tolerar*”, (LEVI-STRAUSS, 1939, p. 221, tradução nossa).

Nesse sentido, podemos evocar o discutido por Van der Geest e Whyte (1989), em relação ao que os medicamentos concretizam por serem coisas e por estarem metonimicamente ligados a um órgão (ou um sistema), o que facilita a concretização das imagens compartilhadas sobre a cura.

Na contrapartida do medicamento como símbolo da cura, o adágio de Balint “*o medicamento mais empregado na prática [...] é o próprio médico*” (Op. cit., p. 683, tradução nossa) procura recuperar vigência na retomada da medicina de família e na partilha das decisões.

Por fim, seja em uma tentativa do médico de redefinir o papel do medicamento em função da queixa, ou por meio da prescrição como declaração da dependência ao BZD, o medicamento, no centro das relações da cultura com a doença, sugere uma mutação na relação com o corpo e a norma entre saúde e doença. A tensão entre saberes e poder que o fármaco encarna é bem resumido na seguinte frase: “*a coexistência de uma hiper-racionalidade com uma vasta revolta contra a racionalidade científica selaria, através do caráter metonímico da droga, o lugar central que ela ocupa em nossas sociedades ocidentais contemporâneas e seu papel na passagem de uma ordem cognitiva para outra*” (COLLIN, 2006, p. 149, tradução nossa).

Na próxima seção, serão apresentados os dados obtidos na pesquisa de campo. A mesma foi desenvolvida no intuito de verificar o investimento dos médicos de família em estratégias de descontinuação de BZDs e, caso fosse verificado, qual era seria a motivação para tal. As considerações sobre os médicos, a medicina e as relações entre poder e saber elaboradas nesta seção serão retomadas na discussão.

## 5. ANÁLISE

### 5.1. Proposta de pesquisa de campo

A proposta de trabalho de campo desta dissertação contempla entrevistas a médicos de família que exercem sua prática no marco da ESF, no município de Rio de Janeiro. A mesma constitui um braço da pesquisa mais ampla sobre uso de benzodiazepínicos (BZDs), que busca estudar atores-chave no uso de BZDs no Brasil, incluindo usuários e prescritores (ZORZANELLI, 2017). A primeira versão do projeto iniciou-se com usuários crônicos de clonazepam (ZORZANELLI, 2014). A versão atual procura ampliar o número de usuários de BZDs entrevistados, e incorpora o estudo das práticas de prescritores médicos, ampliando a abrangência da amostra para as cidades de Rio de Janeiro e Campinas.

Para a realização do presente trabalho de campo se recrutaram médicos de família (formados ou em formação) com inserção nas clínicas de família do município do Rio de Janeiro. O roteiro (Anexo B) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, anexo A) fazem parte do projeto de pesquisa aceito no CEP-Plataforma Brasil com o número 69087117.7.3001.5404.

O recrutamento dos médicos participantes começou por contato com duas pessoas parceiras de trabalho da pesquisadora, que indicaram os próximos candidatos (bola de neve). Os médicos candidatos a participar da entrevista foram convocados por e-mail ou via mensagem de texto, uma vez demonstrado o interesse em participar. Foram necessários vários contatos para combinar o dia e horário da entrevista, em razão das ocupações dos participantes. Houve três candidatos que foram convidados em forma aleatória em uma atividade de protesto convocada por profissionais da saúde<sup>9</sup>. Neste caso, o convite foi feito em forma pessoal e direta, sendo aceito no momento.

Verificou-se uma adesão significativa dos participantes. De forma contrária à dificuldade no recrutamento dos usuários de clonazepam constatada na primeira fase da

---

9: No momento em que esta pesquisa de campo foi realizada, a atenção básica do município de Rio de Janeiro, que foi alvo de investimento na gestão anterior, sofre uma crise de financiamento. Em razão disso, várias manifestações estavam ocorrendo para pleitear -entre outras reivindicações- atraso no pagamento de salários e falta de medicamentos. Foi nesse cenário de manifestações que algumas das entrevistas se realizaram. Maiores informações disponíveis em <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/sucateamento-na-atencao-basica-entrevista-com-felipe-cardoso-medico-de-familia-e-comunidade/30420/>.

pesquisa (MARCA, 2016), os prescretores, nesta amostra, se mostraram dispostos a contribuir com o objetivo do estudo. O interesse da pesquisa foi apresentado como sustentado em dois motivos principais: a brecha entre as expectativas do paciente e as do médico na hora de prescrever (BRITTEN & UKOUMUNNE, 1996; GREENHALGH & GILL, 1997; COCKBURN & PITT, 1996) e a verificação de estratégias de descontinuação na prática da pesquisadora que subscreve, como matriciadora.

Os candidatos assinaram duas vias do TCLE (Anexo A), manifestando sua vontade de participar na pesquisa. Uma via foi entregue ao participante, e outra foi arquivada pela pesquisadora. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra, e em segundo momento, analisadas junto à equipe de pesquisa. O roteiro foi elaborado procurando indagar: a presença de prescrição de repetição, prevalência de sintomas isolados, queixas somáticas e/ou diagnósticos psiquiátricos entre os usuários, experiência em descontinuação do BZDs, estratégias não farmacológicas de enfrentamento aos sintomas, dilemas, constrangimentos e pressões que aparecem nas consultas.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de agosto a dezembro de 2017.

Nas primeiras duas entrevistas o roteiro foi seguido conforme o Anexo B, funcionando, por tanto, como piloto. Nas seguintes, o roteiro foi modificado, mantendo o formato, a ordem e sentido das perguntas, porém empregando uma linguagem mais coloquial e direta (Apêndice C), para facilitar a compreensão.

## 5.2. Caracterização da amostra

Os médicos recrutados tinham inserção profissional nas equipes de saúde da família à época em que o presente estudo foi desenhado, em três das nove áreas programáticas em que se divide o distrito de Rio de Janeiro (Cf. mapa das áreas programáticas por bairro no município do Rio de Janeiro: <http://cvasrio.blogspot.com.br/2012/02/areas-programaticas-bairros.html>). Foram entrevistados 12 profissionais, 11 alocados em equipes com territórios delimitados por área de moradia, sendo uma das entrevistadas vinculada a uma equipe de consultório na rua. Duas das entrevistadas não se encontravam em exercício ativo (uma por aposentadoria recente, outra por licença maternidade) na hora da entrevista. As características demográficas da amostra estão representadas na tabela 1.

No período em que o trabalho de campo foi realizado, a UERJ permaneceu em greve durante parte do semestre. As entrevistas estavam pautadas para acontecer no âmbito da UERJ, conforme TCLE. No entanto, por questões de deslocamento dos entrevistados, da pesquisadora, e pela limitação que a greve impôs, a maior parte das entrevistas foi realizada em locais combinados caso por caso, nas imediações das unidades de saúde ou em outro local; três delas aconteceram próximas da cena de uma manifestação, sendo apenas uma delas ser realizada na UERJ.

Tabela 1. Características demográficas da amostra.

	<b>Idade</b>	<b>Escola*</b>	<b>Formatura</b>	<b>R. Ind. **</b>	<b>Vínculo</b>	<b>Carga horária</b>	<b>R. fam.**</b>	<b>Formação em M. de Família</b>
E01	61	Particular	1980	<5 SM	Aposentado	N/A	<5 SM	Especialização
E02	32	Pública	2011	<5 SM	Licença	N/A	5 a 10 SM	Residência/Mestrado
E03	28	Pública	2013	10 a 20 SM	Carteira assinada	40h	>30 SM	Especialização
E04	33	Particular	2012	5 a 10 SM	Carteira assinada	40h	20 a 30 SM	Residência
E05	26	Pública	2015	<5 SM	Bolsista	40h	5 a 10 SM	Residência em curso
E06	30	Pública	2015	5 a 10 SM	Bolsista	40h	5 a 10 SM	Residência em curso
E07	28	Pública	2015	5 a 10 SM	Bolsista	40h	5 a 10 SM	Residência em curso
E08	25	Particular	2016	10 a 20 SM	Bolsista	60h	10 a 20 SM	Residência em curso
E09	26	Pública	2015	10 a 20 SM	Bolsista	40h	10 a 20 SM	Residência em curso
E10	37	Pública	2003	10 a 20 SM	Carteira assinada	40h	10 a 20 SM	Residência
E11	29	Pública	2012	10 a 20 SM	Carteira assinada	40h	20 a 30 SM	Residência
E12	55	Pública	1988	10 a 20 SM	Carteira assinada	40h	10 a 20 SM	Especialização

\*Escola onde colou grau em medicina

\*\*Renda individual ou familiar com base no Salário Mínimo (corresponde a R\$954 no ano 2017)

Os entrevistados foram selecionados para formar uma amostra representativa quanto à formação, faixa etária, vínculo e experiência. O tempo reduzido de uma pesquisa de mestrado, a distância de deslocamento e a restrição no financiamento foram fatores determinantes na definição da amostra. Quanto à condução das entrevistas, a formação como psiquiatra e o fato de ser a primeira experiência de trabalho de campo da que subscreve merecem ser levadas em consideração. Todos os fatores mencionados configuram vieses do estudo. Contudo, desde que esta pesquisa não pretende tirar conclusões sobre como a prescrição de BZDs acontece em geral, senão quais são seus determinantes na amostra pesquisada, esses esclarecimentos permitem situar as bases sobre as quais foi construída para leitura, análise e discussão dos dados.

### 5.3. Apresentação descritiva dos resultados gerais

No que se refere à escolha pelo campo da medicina de família, os entrevistados revelaram um interesse nessa especialidade em função de um engajamento com a produção de saúde, de forma geral. Houve menções a saúde pública (E01; E11), aos determinantes sociais da doença (E05; E06), e ao conceito ampliado de saúde (E06) ao se referir a essa escolha. A maior parte dos entrevistados concordou na capacidade de produzir um melhor cuidado a partir do olhar ampliado, ao conjunto em lugar das partes, com destaque para a relação médico-usuário (E08) e a dimensão subjetiva da prática (E06). Alguns dos entrevistados se referem à medicina de família como paixão (E01, E11), como algo “*que preenche*” (E12), ou simplesmente como “*me encontrei*” (E02; E09). Também foi salientado por alguns a dimensão do trabalho em equipe (E05, E09), do trabalho para a população (07), e a possibilidade de oferecer “*um cuidado melhor*” (E02).

A maior parte dos médicos relatou que o BZD é usado como fármaco principal (sem outros psicofármacos coadjuvantes), com predomínio de indicação para sintomas pontuais, a despeito do diagnóstico de um transtorno psiquiátrico propriamente dito.

Todos os participantes acreditam no efeito benéfico dos BZDs quando utilizados de forma pontual. Quanto aos riscos, as manifestações variaram, com menção às quedas (E02; E05; E09; E11), a demência (E04; E05; E08; E09; E11) e a dependência (E01; E02; E04; E05; E07; E08; E11). Todos os médicos entrevistados percebem as queixas relacionadas a sofrimento psíquico e mental como de alta frequência de apresentação nas consultas da ESF.

Onze dos doze prescriptores manifestaram que a renovação da receita é mais frequente do que a prescrição “*de chegada*” (E11). O único médico que não encontrou a renovação como cenário mais frequente colocou como observação que, dependendo do território, algumas equipes teriam populações com alta prevalência de consultas de primeira vez.

Sobre o prescriptor que deu origem a primeira receita de BZD, houve várias falas diferentes. A maior parte dos médicos refere que são os especialistas focais os que mais prescrevem BZDs (E02; E03; E04; E05; E06; E08; E09; E11; E12). Os trabalhadores de áreas próximas ao hospital psiquiátrico, ou que recebem egressos dos ambulatórios de saúde mental, acreditam que a prescrição proveniente do psiquiatra seja muito frequente (E01; E10). Um dos entrevistados mencionou a prescrição como vindo principalmente dos clínicos generalistas (E07). Entre os especialistas focais mencionados, além dos psiquiatras, apareceram os cardiologistas (E02; E03; E04). Houve uma menção aos médicos que atendem na emergência (E05).

Os entrevistados reportaram a prescrição para continuar em uso do BZD na maior parte das consultas, enquanto a indicação do BZDs em situação de crise, por primeira vez, foi relatada como infrequente. Esses achados estão de acordo com relatório do programa para o uso racional de BZDs (WHO, 1996), conforme mencionado no primeiro capítulo.

De forma geral, os entrevistados manifestaram que o usuário de BZDs recorre à consulta com o médico de família para renovar sua receita sendo apenas uma porcentagem mínima que vem solicitar (espontaneamente) uma suspensão ou redução, e poucos os que aceitam considerar a proposta de desmame de médico. Onze dos doze médicos manifestaram que se sentem à vontade para propor estratégias de descontinuação do BZDs.

Todos os entrevistados mencionaram o trabalho em parceria com o NASF. No entanto, encontrou-se uma divisão quanto ao se o NASF consegue ou não cumprir sua missão. Uma parte dos entrevistados conta com o NASF como dispositivo parceiro fundamental na continuidade do cuidado (E02; E03; E04; E05; E06; E07; E10; E11). Outros se queixaram de equipes NASF pouco presentes (E07; E08; E09), problemas de entrosamento com a ESF (E01), matriciadores que medicam mais do que os próprios médicos de família consultantes (E10), e de falta de parceria nos casos não graves (E12).

#### 5.4. Análise dos resultados

#### 5.4.1. Eixo analítico I: Nuances sobre a pressão para prescrever

Nas entrevistas realizadas se observou um leque de possibilidades, tanto na forma de perceber a *'pressão para prescrever'* (GREENHALGH & GILL, 1997), como na forma de lidar com ela.

Em primeiro lugar, o termo “pressão” segundo o dicionário Mini Aurélio é “o ato de premer ou apertar”, “influência coercitiva ou coação”. A pressão para prescrever se manifestou como um afeto desconfortável, referido pelo médico, diante da repercussão da diminuição ou retirada do BZD. Foi assim relatado pelos entrevistados:

E01: *“Não tem diálogo ali. Ele está ali, e eu sou balconista de receita!”; “se você nega, você vira um monstro”; “eu me sinto coagida.”*

E02: *“Tem paciente que você tinha uma boa relação e acaba a relação quando você diz que vai... Tem gente que diz que vai fazer ouvidoria, que vai reclamar...”*

E05: *“Quando é um paciente que nunca vi na vida, que não tem nada no prontuário, eu sou muito clara. Eu falo: não vou renovar. Fico tremendo, fico com o coração acelerado porque os pacientes ficam nervosos. As pessoas ficam nervosas...”*

E06: *“É muito difícil quando um paciente chega, você não conhece o paciente e o prontuário não diz nada sobre ele, e ele quer uma renovação. Se você não der uma receita, ele te bate. Nesse nível, assim. Difícil.”*

E08: *“Eles já chegam falando que se não der, eles não vão aguentar”.*

E09: *“Ou ele já chega fazendo confusão no corredor, confusão na hora do acolhimento. Fica muito nervoso porque fica muito nervoso sem medicação. E aí já começa a criar aquela... enfim, ele já vai dar um jeito de tentar conseguir aquela medicação de alguma forma.”*

Algumas dessas falas refletem a pressão pela prescrição a partir da recusa de fazer a receita (E05), ou a sugestão de redução (E02). Falas como *“ser traficante”* ou *“balconista de receita”* expõem o desconforto do médico em relação à perda da liberdade para propor alternativas na consulta, e a como isto pode limitar os afazeres do médico.

A seguinte fala de E12 é um exemplo de *capitulação* (LEWIS & TULLY, 2011): *“É mais fácil do que você acompanhar, você discutir, ou brigar. Melhor continuar”.*

Alguns entrevistados evidenciaram pressão por parte dos usuários, no sentido de coerção ou coação, sem estar diretamente referida à decisão de prescrever (ou não), senão em relação à forma em que a conversa sobre o BZD acontece, como se verifica nos seguintes trechos:

E02: *“Eles não querem, por exemplo, uma receita carimbada com data. Querem sem data. ‘Não põe data não’, ‘põe dois comprimidos’. Se você põe um comprimido à noite, pedem para colocar dois...”*

E05: *“Geralmente eles deixam pro final da consulta e depende dos casos, né? (...) Ele deixa pro final, a demanda oculta, que é o que de fato ele quer falar.”*

As falas que seguem refletem a pressão em relação ao sentimento de esvaziamento da consulta a partir da demanda de receita de BZD:

E04: *“Às vezes a gente até conversa entre si e parece que a gente está fazendo o trabalho do traficante de drogas. Que é só prescrever a medicação, só dar o remédio, sem de fato fazer uma consulta, sem abordar.”*

E07: *“Eu me sinto um pouco manipulado quando o paciente vai na clínica pra renovar uma prescrição de benzodiazepínico.”*

Por tudo o exposto, a pressão para prescrever o BZD foi um fato corroborado em todos os entrevistados.

Uma entrevistada relata não sentir mal-estar ou incômodo com prescrever fora dos padrões do uso racional (E08). Esta médica menciona não identificar alternativas disponíveis para oferecer a população que atende (essa população tem um alto número de egressos do ambulatório de Saúde Mental próximo, concentrando um número alto de usuários na região, com diagnóstico e uso de BZDs antigos, junto com um NASF com pouca presença na unidade). E08 percebe a pressão como um mantra com o qual os pacientes chegariam à consulta: *“Eu vou sair daqui com a minha receita. Eu vou sair daqui com a minha receita.”* Queixa-se de pouca força para interferir nisso: *“E a pessoa veste a camisa ao invés de tentar modificar e entender o que é esse sofrimento, o que pode vir além disso”*.

A pressão para prescrever segundo Greenhalgh e Gill não envolve a demanda de prescrição como mero exercício de manipulação por parte dos pacientes. Na seguinte fala aparece a pressão do paciente junto com a pressão do contexto do trabalho cotidiano na ESF: *“Mas quando eu estou no consultório, estou atrasado, estou com muita gente me esperando e os pacientes jogando tudo pra cima de mim, eu penso: cara, vou dar uma balinha para ele logo”* (E11).

Também, em E12: *“Há uma questão muito forte no usuário de BZDs. Eu sei a loucura que produz, eu tenho medo”*. Em outro momento da entrevista, cita: *“É muito fácil você conseguir com um comprimidinho, em 15 minutos, o que você conseguiria em uma terapia,*

*em um ano. Então, não tem o que discutir! Se o dano do comprimido não é tanto assim... É muito menos que o cigarro.”*

Além da confissão da capitulação (LEWIS & TULLY, op. cit.), esses profissionais manifestam perder seus argumentos contra a prescrição empírica pelas exigências as quais estão submetidos no cotidiano do trabalho. A modo de síntese, E12 denuncia: *“Acho totalmente equivocada, mas o que a gente tem para oferecer?”*.

E04 dá um exemplo de como experimenta a pressão quando o BZD se estabelece como meio e não como fim da consulta terapêutica: *“A pessoa acaba criando essa expectativa que o remédio é a solução dos problemas. E isso reverbera em outras coisas. Ela chega aqui com a pressão alta e ela quer um remédio para a pressão. Ela não pensa em modificar o estilo de vida, em diminuir o sal, fazer atividade física, emagrecer. Ela quer um remédio. Porque ela traz essa bagagem de que é um remédio.”*

E09 faz menção à pressão e ao modo como a administra com base na continuidade do trabalho: *“Não são pacientes que vem pontualmente, [...] são pacientes que estamos no dia a dia. E apesar de às vezes começar com um discurso mais violento, alguma coisa, conversando com eles e conhecendo o jeito deles dá pra gente manejar”*.

#### 5.4.2. Eixo analítico II: Critérios presentes na avaliação do início, continuidade ou descontinuidade dos BZDs

Os médicos de família tem sua prática norteadas por prioridades diferentes das do especialista focal. Uma pesquisa feita na Espanha (mencionada no primeiro capítulo) indicou preocupações diversas entre os médicos da saúde mental e da atenção primária respeito do uso de BZDs (LOPEZ PELAYO et. al. 2013). Todos os médicos participantes nessa pesquisa perceberam risco no uso de BZDs; enquanto os psiquiatras perceberam o risco da incapacidade do sintoma a ser tratado como principal, os profissionais da atenção primária demonstraram preocupação com a dificuldade na redução da dosagem e com o grande número de pacientes afetados pelo uso.

Esses achados permitem inferir o foco no nível populacional e no longo prazo entre os médicos de família. O sintoma a ser tratado aparece no contexto amplo da vida do usuário, sua família e sua comunidade. A integralidade como prioridade, como atalho para ultrapassar o reducionismo biológico, e a permanência do médico configuram características valorizadas da especialidade em medicina de família (BONET, 2014).

Como foi discutido no eixo anterior, os médicos manifestaram incômodo com a frequência da prescrição de repetição, procurando esclarecer os motivos do uso e adequar as doses do BZD conforme a evolução do quadro. No entanto, a descontinuação foi observada com certa cautela e crítica por alguns participantes, como veremos a seguir.

Quando o usuário chega com uma queixa que nunca foi medicada, os médicos de família entrevistados mencionaram, como primeira atitude, oferecer escuta e alternativas não farmacológicas:

E07: *“Então, eu costumo induzir essas pessoas a elas mesmas identificarem atividades que elas possam fazer de relaxamento. Seja a leitura de um livro, seja ouvir música, seja caminhar na beira da praia”.*

E08: *“Primeiro eu tento entender de onde vem essa queixa. Isso tem a ver com o contexto que a pessoa vive, muitas das vezes têm a ver com a situação familiar ou a situação social dela. Eu tento entender. E no geral eu tento ter um momento de escuta contínua com esse paciente pra tentar entender qual é essa situação. É o primeiro passo”.*

E05: *“Acho que é escutar. Ter uma escuta empática. Eu sempre tendo a trabalhar com insight. Que a própria pessoa traga para um plano superior esse processo que ela está vivendo. A gente tenta construir autonomia, para que no contexto que ela vive estar lidando com isso”.*

E03: *“Eu particularmente oriento uma higiene do sono, oriento a não tomar café, evitar alimentos que dificultam o sono. Vejo a indicação de Passiflorine, medicações naturais. Converso com o paciente pra gente ver de uma forma até psicológica, primeiro. Antes da gente começar uma forma terapêutica.”*

E12: *“Quando eu vejo que está querendo chorar, boto pra chorar. Ai, pronto. Desaba e arruma tudo. Eu vejo uma questão que muitas vezes essa angústia toda se transforma em agressividade, vem em forma agressiva contra uma instituição, contra o médico. Ai, eu provoco, ela chora, e acaba. Sai um anjo da minha sala”.*

Uma das entrevistadas (E10) admite: *“Eu tendo a tentar dar mais ênfase pra escuta do que pra prescrição. Mas a tentação da prescrição é grande!”*

Quando o usuário já se encontra em uso do BZD e procura o médico para renovar a prescrição, uma das tentativas as quais o médico lança mão é formar vínculo, como relatado por E04: *“É a tentativa de formação de vínculo que vai ser a minha principal estratégia para diminuir”.* De forma similar, em E02: *“Hoje em dia, eu renovo mais no intuito de depois começar fazer algum desmame, do que eu passar a primeira vez”.*

O seguinte trecho evidencia preocupação com aprofundar a compreensão da queixa, fazendo com que o usuário possa se colocar em uma posição diferente a respeito da mesma: *“Grande parte do que a gente faz com relação a esses sintomas é tentar fazer com que a pessoa tenha insight sobre, a percepção sobre esses sintomas, esses sentimentos que ela tem”* (E04). Essa abordagem resulta similar a de E05, quando menciona escutar a queixa para que possa ser levada a um plano superior e assim, construir autonomia.

Uma tentativa análoga à descrita é fazer com que o próprio usuário se interrogue pelo motivo de uso: *“conduzir a entrevista para que a própria pessoa reconheça quando ela manifesta esses sintomas”* (E05). Dessa forma, a profissional procura envolver o paciente na compreensão e responsabilização do cuidado, para entender qual a função do medicamento para o usuário. A mesma médica amplia, mais a frente, sua estratégia: *“Aí na verdade toda vez que essas receitas chegam até mim para serem renovadas é na tentativa de entender qual é a relação que a pessoa estabelece com o uso da medicação, sempre explicando os riscos”*.

Um dos entrevistados (E11) relata indicar, com certa frequência, BZD em situações de crise, dado que atende uma população com alta prevalência de uso de drogas ilegais e álcool: *“É um pouco diferente porque, de certa forma, você está lidando com o estresse agudo, com a ‘vantagem’ que um rapaz que tomou drogas, a gente sabe que é transitório. Inclusive, a gente pode medicar pra ajudar passar aquele momento muito rapidamente. Às vezes inclusive, medicações não psicotrópicas. Às vezes um paciente com palpitação pela cocaína, eu posso dar um betabloqueador, eu sei que aquele remédio vai ajudar a diminuir a palpitação (...)”*. Em um segundo tempo, o médico marca retorno para dar continuidade ao acolhimento, propondo que o usuário se envolva em sua melhora: *“‘Olha, tudo bem. Você já saiu dessa agora, já desacelerou’, por exemplo. Ou ‘você melhorou de sua resaca com a hidratação, e daqui pra frente? Que a gente vai fazer pra evitar que isso aconteça de novo?’”*

Assim, uma das estratégias que os médicos propõem é indicar o BZD com retorno em um prazo breve como forma de aproximação. No entanto, esse convite pode ser percebido pelo usuário com desconfiança, dificultando (ou esgarçando) o vínculo: *“Me cobrou muito o BZD, e eu ofereci outras coisas a ela. Falei: você volta em sete dias. Eu marquei a consulta em sete dias e ela não veio. Nesse momento que eu neguei essa tomada sem conhecer essa paciente, ela não voltou”* (E06).

Os entrevistados percebem que há uma sutileza necessária em qualquer conversa que envolva o BZD. Os usuários desejosos de interromper o uso se apresentam de forma espontânea com baixa frequência. Poucos usuários aceitam o convite a reduzir a dose do

BZD. A maior parte dos usuários evidencia resistência, como aparece na fala de E06: “*Eles são muito fechados, assim. A maioria é fechado: ‘quero só a receita. Não quero saber de grupo’, ‘não quero saber de psicólogo’, ‘não quero saber de nada’, ‘quero minha receita’. Esse é a grande maioria.*”

A aproximação ao usuário tem como um dos fins o esclarecimento sobre o motivo de uso, como se constata no seguinte trecho: “*Na verdade, é a tentativa de formação de vínculo que vai ser a minha principal estratégia para diminuir o benzodiazepínico e até para avaliar melhor se de fato aquele benzodiazepínico está indicado*” (E05).

Observou-se que os médicos abordam o uso do BZD com certa suspeita sobre o motivo que originou a primeira indicação: “*então, pra mim, eles mais se auto avaliam. Ou algum médico chegou e falou que era depressão. Mas não é uma coisa fechada, seguindo os critérios*” (E09). Outro exemplo: “*Eu sempre renovo receitas. E as pessoas quando vêm pedir essa medicação, elas sempre tem esse discurso de ‘eu já tomo há 20 anos’; ‘eu já tomo há 10 anos’. E sempre uma história confusa, você nunca entende porque está tomando aquela medicação*” (E06). O uso crônico não facilita chegar nessa informação: “*Os que vem encaminhados de cardio, dermatol... muitos não têm diagnostico. O diagnóstico geralmente nós fechamos aqui. Muitos já fazem a medicação há anos e sem diagnostico*” (E02).

Os profissionais entrevistados evidenciaram preocupação com o uso de BZD que mascara um quadro psiquiátrico ou clínico não tratado, ou um sintoma psiquiátrico secundário à dor crônica. Conforme o relato de E02: “*O mais frequente é chegar com contexto de um quadro psiquiátrico mas que não é diagnosticado [...]e é tratado por um outro especialista nada-a-ver-com-aquilo, porque o cara tem tipo dor articular, e o cara faz diagnóstico de fibromialgia, e ai, faz o tratamento com BZD, mas não tratando do contexto da dor somática mas da dor física*”. E03 relata um exemplo similar: “*Eu tenho um caso de [...] psoríase. E pelo fato da paciente ser muito ansiosa, a psoríase não poder controlar e o dermatol prescreveu*”. A proposta dessas profissionais é que o quadro (psiquiátrico e/ou clínico) seja abordado em forma específica e eficaz, pois o BZD não contribui a melhora de nenhum dos dois, segundo a avaliação profissional.

E03 relata o caso de uma usuária na qual percebe dependência, onde a dificuldade para a descontinuação oferece outra dimensão do problema ao profissional assistente: “*Atualmente eu tenho uma paciente que estava tomando 2mg de manhã e 2mg à noite, e não diminuiu, não consegue. Ela faz tudo ao contrário, fala que se sente mal. Quando a gente fala que tem*

*algum efeito ela não consegue sair na rua. Pode ter uma depressão aí. Mas pelo uso de BZD, já se tornou dependente”.*

De forma análoga, E02 aponta para certa manipulação em alguns casos: *“A grande maioria não quer parar, e boicota a tentativa, já pra te dizer que não vai dar certo. O grau de dependência é tão grande que acaba se boicotando...”*. Em outro momento da entrevista, E02 deixa ver o que para ela significa um indicador de perda da dimensão dos riscos gerada pela dependência na seguinte frase: *“A gente trabalha em comunidade, outro dia estava vendo em uma reportagem que tem uma fêria que vende produtos que são roubados, medicação controlada, porque tem saque de caminhões da indústria farmacêutica. E... O que eu entendo, o custo para fazer uso da medicação, o paciente ficar sem é tão grande, que ele nem consegue pesar na balança o risco de estar consumindo uma medicação que não tem controle da vigilância sanitária, por exemplo.”*

O motivo do uso não sempre é identificado, como se verifica nos seguintes trechos: *“Que chega aí, com escuta e, entendo que tal vez alguém não escutou o que é, só passou um remédio. E a pessoa gosta, claro! Gosta e quer continuar”* (E06). Também: *“É complicado porque ele sabe que funciona. Ele sabe que está resfriado e se pedir uma dipirona, ou um ibuprofeno, funciona. Então, ele já passou muitas vezes por essa experiência. Ou porque tomou por conta própria, ou porque já foi prescrito pra ele”* (E011).

Uma crítica interessante surge em torno da evolução do uso em agudo -o qual tem o aval das guias e diretrizes de tratamento- para uso crônico, como discutido no primeiro capítulo sobre ‘a entrada na engrenagem’ (NEUTEL & MAXWELL, 1996). O trecho a seguir evidencia um questionamento respeito da primeira indicação do BZD: *“O cardiologista pode ver que naquele momento do paciente, um paciente que tem um pico hipertensivo e não está controlando por uma ansiedade ou um problema familiar, naquele momento aquela medicação ajudou. Mas cronicamente deixou aquele paciente dependente”* (E02). Outro dos entrevistados faz uma reflexão ao agir médico, que inclui uma autocrítica: *“Pra que eu uso um BZD? A médio e longo prazo, pra que eu estou usando isso? Existe um vazio de ideias, de planejamento pra aquilo, como você não tem plano, não descontinua. Continua, vai ficando lá, e tudo mais. A maior dificuldade nossa é essa, a gente encara ele como remédio pra usar direto, e a gente não percebe os efeitos colaterais que tem. A maioria das pessoas não percebem.”* (E11). Na evolução do uso pontual à cronicidade como aparece nesses relatos, o BZD passa a fazer seu efeito de forma independente do médico, como sugerido por Van der Geest e Whyte (1989).

De um ponto de vista prático, os entrevistados também mencionaram estratégias das quais se servem para reduzir o uso de BZD, tais como relata E09, em relação à forma de reduzir a dosagem: *“São gradativas, aqueles pacientes que mesmo com redução de ¼ do comprimido, metade não consegue. E aí a gente pede pra lixar o comprimido aos pouquinhos”*. Uma das entrevistadas disse: *“eu sempre ofereço a diminuição lenta e gradual da dose. Eu ofereço outro medicamento menos prejudicial no início”* (E08). E12 troca o BZD por outro medicamento para tratar, por exemplo, a insônia: *“Às vezes, umas gotinhas de haloperidol. Em caso de insônia dou uma clorpromazina, isso eu faço. Uma insônia que me venha, sei lá”*.

Apesar da maior parte dos entrevistados fazerem propostas de reavaliação do uso do BZD como parte de sua prática diária, os entrevistados percebem, em alguns casos, que o lugar do medicamento precisa ser mantido para que o paciente tenha acesso ao acompanhamento, como nos seguintes exemplos:

E02: *“Já aconteceu de eu ter um paciente que faz uso do BZD de forma errada, que tem outras comorbidade, graves, também. E eu achar que era muito, naquele momento, retirar aquela medicação. Pensar nisso num outro tempo, construir um maior vínculo, maior segurança dele comigo, e pensar. Isso já aconteceu. E eu não me sinto culpada de deixar por um tempo. Já ficou por tanto tempo! Dá pra esperar mais um pouquinho, porque isso comprometeria outras questões”*.

E12: *“Tem outros problemas de saúde que estão lhe acontecendo e ela cristalizou tudo na medicação. E aí é dar ou não dar, manter ou não manter, porque tem uma expressão aqui que é tirar o bode da sala. [...] Então às vezes, não dar a prescrição está atrapalhando mais do que ajudando. A pessoa não consegue mudar, o discurso é aquele. Então, dá. Tira o bode da sala que depois você consegue conversar”*.

Na seguinte fala, E12 observa que a descontinuação não se justifica no contexto clínico de alguns casos: *“Vou ser sincero, pego paciente com 80 ou 85 anos de idade, que usam BZD há 50 anos, e eu fico muito na dúvida de qual seria o benefício de uma suspensão nesse momento. É um desmame que duraria um ano ou dois anos, às vezes, com várias recaídas, com benefício muito pequeno. Então, você faz, na verdade, uma redução de danos nesse caso: você troca por um de meia vida mais longa, você diminui a dose, você garante que essa pessoa esteja sob segurança, que tenha um acompanhante em casa”*.

No início, esta pesquisa se colocou como pergunta de pesquisa qual seria o motivo pelo qual os médicos de família investem nas estratégias de desmame com afincamento, como é

observado nas consultas e reuniões de matriciamento. Após análise dos dados, o que se evidenciou no trabalho de campo é um compromisso com a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, sendo o desmame uma ferramenta amplamente utilizada para interrogar o motivo de uso e não um fim em si. Ou seja, uma ferramenta para recuperar o medicamento como meio e não como fim.

#### 5.4.3. Eixo analítico III: Alternativas à manutenção da prescrição

Este eixo procura analisar as alternativas que os médicos contemplam como opção a renovação da receita, desde substituição por outros medicamentos, até uma tentativa de envolvimento da pessoa no que lhe acontece, ao estilo freudiano. Uma alternativa frequentemente mencionada é recorrer aos diversos atores da ESF/NASF. As estratégias de desmame foram mencionadas por todos os entrevistados. Outras possibilidades apareceram, como o uso de produtos alternativos, atividades em relação ao monitoramento do uso, fazendo parte de manobras para evitar a primeira prescrição, ou, quando essa já aconteceu, identificar e poder intervir para evitar o uso crônico e indiscriminado.

Por último, “*lidar com*” foi uma das tentativas de três dos entrevistados (E06; E08; E12), que aponta a incluir o adverso como parte do cotidiano, proporcionando ferramentas para lidar com isso para além dos medicamentos.

Em primeiro lugar, o lugar do remédio tem capital importância para todos os entrevistados, que se reflete na fala de E06: “*a gente sabe que o remédio é um ponto do cuidado.*” Essa fala permeia todas as entrevistas, e as alternativas ao medicamento envolvem tentativas de redução, substituição, troca por outro remédio, inserção de um dispositivo no lugar (mencionado como ‘*dispositivo ansiolítico*’ por E12), até a oferta de escuta pelo próprio médico.

Conforme a desenvoltura que cada um tem para a escuta, alguns médicos (com ou sem formação específica) referem que se habilitam para isso: “*A gente que é da atenção primária quer oferecer um cuidado integral, abordar as questões familiares, de comunidade, sociais, do trabalho*” (E06). Resulta interessante o relato de E07, sobre o apoio que a psicoterapia oferece para suas próprias intervenções ganhar valor: “*eles usam o benzodiazepínico e também fazem terapia comportamental. E aí, eu consigo, num próximo encontro, ter mais força na minha fala*”. E08 mencionou auriculoterapia, e E11 práticas alternativas, como

ferramentas de trabalho do médico de família, empregadas para acolher as queixas somáticas e difusas.

Outra ferramenta a qual o médico recorre é o monitoramento do tempo de uso de BZD, *“eu faço planilha, eu vejo o tempo que o paciente começou a usar pra ver quando que eu tenho que desmamar”* (E03); ou o monitoramento do uso junto à farmácia: *“A gente também tem tido um movimento quanto equipe, de identificar esses pacientes que usam junto à farmácia, e marcar consulta para ver como está esse uso, e ver como está essa medicação na vida da pessoa”* (E06).

E02 e E11 mencionam *“redução de danos”* como estratégia disponível para um uso mais acorde com as prioridades de cada caso, em cenários onde a redução do BZD não é possível, ou não faz sentido.

Os médicos entrevistados mostraram um forte engajamento da desmitificação do uso de BZDs, recorrendo a outros pontos que a integralidade do par ESF/NASF oferece. O exemplo dos agrupamentos de idosos trazido por E02 ilustra as possibilidades dessa parceria: *“tem as atividades com os idosos, que é uma população que usa muito benzodiazepínico. Tem a questão da academia, que movimenta eles, não só com a atividade física mas com os passeios. E muitas vezes o idoso deprimido não sai, não tem função, então dá uma funcionalidade pro paciente. Tem lugares que tem terapia ocupacional, tem apoio com psicoterapia, tem outras estratégias, e até o médico mesmo”*(E02). Outro exemplo foi dado na E03: *“inserção na Academia Carioca. Ou no grupo mesmo. A gente tem o grupo de Arterias aqui na unidade. E a gente orienta o paciente. Primeiro vamos fazer as mudanças cotidianas, atividade física, o grupo de arterias, mudar sua rotina”*.

E11 recorre ao NASF como alternativa para abordar as queixas como sintoma de forma não farmacológica: *“a gente acaba oferecendo interconsultas, oferece algum espaço com nosso psicólogo, ou com fisioterapeuta, ou com professor de educação física pra fazer alguma atividade. A coisa vai se... não digo se resolvendo, mas consegue tratar a causa de fundo”*. E12 recorre ao NASF após ter tentado resolver por ela mesma as questões: *“Então a coisa da violência, da forma agressiva de se apresentar, o paciente muitas vezes está em um quadro desesperador e não dou conta.”*

As estratégias de desmame envolvem tanto o médico como a equipe da ESF e o NASF como um todo: *“tem um grupo na unidade, um grupo terapêutico, que faz um pouco esse papel. Uma paciente eu consegui fazer o desmame a partir do convívio nesse grupo terapêutico. Mas eu tive que dar uma mega atenção também pra ela, toda semana, né? E*

*criou-se durante um tempo uma relação de dependência emocional” (E08). A integralidade no cuidado aparece como peça fundamental para que o médico invista no desmame: “Na atenção primária a gente tem a longitudinalidade, né? A gente conhece as pessoas. Então, com esses pacientes que eu já tenho contato, a conversa sobre dês prescrição não inibe” (E06).*

O fato do medicamento capturar algo do médico (VAN DER GEEST & WHYTE, 1989) mostra suas duas caras -liberta do médico ao tempo que leva algo dele- nos seguintes trechos: *“O benzodiazepínico é usado como um sintomático. Porque está com insônia, porque está nervoso, porque... Não é para tratar nada especificamente. É para lidar com o sintoma” (E04); “a gente fala: vou te dar 10 comprimidos pra você marcar uma consulta, voltar e a gente falar sobre esse remédio”(E04). Por ser o médico que é capacitado para dizer o que o BZD trata, mesmo que isso se descole do médico em outro momento, as estratégias de descontinuação dos BZD são prova cabal que pelos médicos prescrever, a eles cabe o poder de dizer: ‘você pode viver sem isso’. Os médicos de família entrevistados parecem saber explorar essa licença que a profissão confere.*

#### 5.4.4. Eixo IV: O benzodiazepínico como bengala

Na amostra pesquisada, foram observadas referências ao medicamento como talismã, que aparece com o nome de muleta (E02; E05), elefantinho rosa (E02) ou *bengala* (E08) nas entrevistas.

A crença na superficialidade ou insuficiência do BZD para dar conta do sofrimento psíquico e mental se percebe em alguns depoimentos:

*“O principal desafio, na verdade, é tentar lidar com... De que forma a pessoa lida com aquele sofrimento que faz com que ela precise usar aquele benzodiazepínico? Por que a pessoa precisa daquele auxílio, daquela muleta?” (E05).*

*“Existe uma banalização do uso, como se não houvesse nenhum risco, nenhum efeito colateral, e aquilo fosse a resolução dos problemas da vida de todo mundo. O grande elefantinho rosa na frente de todo mundo!”(E02)*

*“Mais como uma bengala. Mas ao mesmo tempo é complicado essa bengala. Essa bengala está ali. Então eu não posso chegar numa postura de tirar essa bengala sem ofertar outras possibilidades”(E08)*

Observou-se um questionamento ao uso de BZD para cuidar de sintomas secundários a questões sociais:

*“A gente sabe que Brasil é um dos países que mais prescreve BZD no mundo. Porque aí a gente se pergunta: a gente prescreve tanto! É por conta da nossa condição social, que faz as pessoas adoecerem muito? A gente não está dando conta dos problemas sociais que a gente tem, e acaba dando uma muleta, pois então... Para mim, o uso prolongado acabou virando uma muleta das pessoas que tem grande sofrimento pelo seus problemas comportamentais, problemáticas sociais”(E02).*

*“Às vezes a rede não me possibilita ofertar outras possibilidades, como psicoterapia. E às vezes o próprio contexto social da pessoa não me permite muito ofertar outras possibilidades” (E08).*

*“Eu vejo muito a questão do adoecimento pela violência... ‘Ah, meu filho morreu’. ‘Teve tiro’ e toma remédio” (E06).*

Em algumas falas, o médico se queixa do BZD ser demandado como uma solução rápida, mágica ou única: *“Ela chega aqui com a pressão alta e ela quer um remédio pra pressão. Ela não pensa em modificar o estilo de vida, em diminuir o sal, fazer atividade física, emagrecer. Ela quer um remédio. Porque ela traz essa bagagem de que é o remédio” (E04); “existe o momento em que o medicamento tem que ser feito, mas não tem um filtro. É sempre o plano A. Nunca o plano C” (E06).*

Em certas situações em que o motivo do uso não consegue ser esclarecido, o médico se refere ao ‘uso sintomático’: *“O benzodiazepínico é usado como um sintomático. Porque está com insônia, porque está nervoso, porque... Não é para tratar nada especificamente. É para lidar com o sintoma” (E04).* Em outras, o motivo é dado como simples apego: *“Mas ele está apegado àquilo, ele acaba me induzindo a fazer a prescrição, né? Apesar de eu achar que ele não está necessitado daquela medicação no momento” (E07).*

A forma urgente em que o pedido é feito sugere a dependência: *“É um paciente que é só a receitinha, ele não vai pedir uma consulta, ele não vai demandar nada, não vai gastar seu tempo, é só uma receitinha. Eu acho que é isso que ajuda a perpetuar também” (E04).*

## 6 DISCUSSÃO

O presente trabalho procurou realizar um estudo da prescrição de BZDs em uma pequena amostra, no município de Rio de Janeiro, procurando analisar como o uso do medicamento é negociado entre o médico de família e o usuário. Como objetivo secundário, esta pesquisa se propôs produzir uma leitura sobre o lugar do fármaco na sociedade atual, refletindo sobre os modos de uso de medicamentos e substâncias, de modo geral, e aquelas de venda sob-receita, em particular.

Para isso, as estratégias de descontinuação de BZDs empregadas na atenção primária resultavam um campo de estudo fértil para pesquisar sobre os significados atribuídos ao fármaco pelos médicos de família, ao tempo que permitiriam abordar as alternativas não farmacológicas oferecidas e sua aceitação.

O uso de medicamentos diz respeito da porta de entrada ao sistema terapêutico, funcionando como analisador do processo saúde/doença (DESCLAUX, 2006). O surgimento dos BZDs (década de 1960) coincide com o início da transição do modelo assistencial médico hegemônico ao modelo da promoção à saúde. Na amostra pesquisada, o médico de família se insere nas equipes da Estratégia Saúde da Família, com possibilidade de apoio matricial nos casos complexos. O alto volume de usuários que demandam BZDs tem acesso à atenção básica para o escalonamento do cuidado de transtornos mentais comuns e graves. A escolha pelo médico de família como objeto de estudo se relacionou a percepção diferenciada dos benefícios e prejuízos do uso amplo de BZDs por esses profissionais.

A frequência da prescrição de repetição (WHO, 1996) facilita um distanciamento entre o médico e o usuário, com consequências para o cuidado. A integralidade, principal diretriz do dispositivo ESF/NASF, permitiria uma aposta no medicamento como meio, e não como fim.

Alguns estudos identificaram uma relação entre a expectativa do paciente em obter a receita (conforme percebida pelo que médico) e a obtenção da receita (BRITTEN & UKOMOUNNE, 1997; COCKBURN & PITT, 1997). Em 20% dos casos, a prescrição foi “*não estritamente necessária*” (GREENHALGH & GILL, 1996, p. 1483). Esse fato se traduz na pressão para prescrever (Ib.), o desconforto (LEWIS & TULLY, 2011) ou o mal estar (BRADLEY, 1992) do profissional prescriptor. No entanto, os dilemas e constrangimentos em relação à prescrição, além da prescrição sem bases científicas, se vincularam à idade do

paciente em mais de um terço dos casos, e em quase a metade dos casos os profissionais reportaram medicar para não arriscar o vínculo médico/paciente.

Estudos realizados no Brasil indicam uma alta prevalência de uso na população feminina e entre maiores de 60 anos (ALVARENGA et. al., 2007; NORDON et. al., 2009; TELLES FILHO et. al., 2011; ALVARENGA et. al., 2014). A população idosa aumenta a prevalência de transtornos mentais conforme envelhece, ao tempo que se encontra exposta aos riscos da polifarmácia.

A frequência de uso de BZDs na população idosa e o predomínio do gênero feminino não foram alvos específicos deste estudo. No entanto, na análise dos depoimentos dos entrevistados percebe-se menção frequente a essas populações. Rogers e Pilgrim (2009) apontam para iniquidades estruturais de base quanto à classe, gênero, idade, raça e capacidade de acesso que perpassam a assistência, na atenção primária. Entre as iniquidades citadas por esses autores, a população feminina e a população idosa merecem consideração para a leitura deste trabalho. Como sinalizado pelos autores, a população feminina aparece sobre representada nos atendimentos, consultando precocemente e com maior frequência. Rogers e Pilgrim relacionam esse fato que com uma maior vulnerabilidade psicossocial para a doença, em geral, e para doença mental, em particular. A baixa representatividade dos homens, por sua vez, indicaria uma dificuldade para o acesso aos serviços de saúde, ainda em situações de gravidade.

A forma em que o motivo de consulta dos integrantes dessas camadas é recortado sugere a forma em que se enquadra a doença mental mais do que uma falência para dar conta da mesma (ROGERS & PILGRIM, 2009, pp. 44-45). O presente estudo encontrou como achado, no relato dos entrevistados, um predomínio do uso de BZDs para tratar de sintomas pontuais, e não como parte de um transtorno. Esse fato reforça a importância não só do modo em que a doença mental é enquadrada, senão qualquer queixa de sofrimento psíquico e mental, por mínimo que seja.

O depoimento de uma das entrevistadas, quando interrogada sobre a frequência de diagnóstico de transtorno mental nos usuários de BZD, testemunha a presença de imprecisão quanto a esse ponto: *“Sem diagnóstico. [...] Tanto que nós temos uma subpopulação em atendimento mental no accountability<sup>10</sup> que não estamos no mínimo (requerido como meta),*

---

10: o seminário *accountability* é uma ferramenta utilizada pela gestão para avaliar o desempenho das unidades segundo variáveis uniformes. Envolve um levantamento de dados, apresentados segundo o padrão solicitado pela gestão. Uma vez apresentados os dados, cada unidade discute seus resultados junto à gestão, para elaborar o

*tanto que tivemos que começar a lançar o CID. Não era compatível com o número de medicações que saiam”* (E12).

A fala em questão permeia a discordância entre o uso nos transtornos ansiosos (como preconizados pelas *guidelines*) e o uso referido pelos prescriptores como sintomático (aquele uso por um sintoma específico, por um tempo determinado, até esse sintoma se resolver). O indicador ‘*pacientes matriciados pela saúde mental/usuários de BZDs*’ denuncia que a maior parte dos usuários de BZDs não tem acompanhamento nem matriciamento em saúde mental. Os profissionais se referiram tanto a uma população com diagnóstico psiquiátrico e sem acompanhamento, como ao uso sintomático (ou seja, sem diagnóstico), com predomínio desse último na maior parte dos relatos.

O pequeno contingente de usuários ‘sintomáticos’ passa a engrossar, em curto tempo, a lista de usuários que procuram o médico para renovar a prescrição. A entrada na *engrenagem* (NEUTEL & MAXWELL, 1996) se evidencia na alta frequência da renovação da prescrição. A escassa proporção de usuários que aceitam a descontinuação do BZD, a pressão para prescrever referida pelos entrevistados e a dificuldade para estabelecer o motivo de uso nos usuários antigos, indicam o predomínio da cronicidade no uso.

Algumas entrevistas transparecem uma leitura do mal estar dos pacientes dentro da compreensão diagnóstica e terapêutica com a qual os médicos são familiares. Ainda, há relatos que revelam uma tentativa de complexificação do problema e gestão da queixa, segundo um modelo de cuidado colaborativo e contínuo, como sugerido pelo WONCA Europa. Esta diferença na compreensão e abordagem do sofrimento psíquico pode estar relacionada à formação em medicina de família. Os participantes da pesquisa se encontravam alocados em equipes da ESF, mas o padrão de formação na amostra é irregular quanto ao nível de capacitação na especialidade, se foi presencial (como os programas de residência) e/ou a través de cursos de pós-graduação.

A frequência de aparição do relato do BZD como sendo inicialmente prescrito por um amigo ou parente, por motivos relacionados à violência urbana ou por outros mal caracterizados, no cenário de subfinanciamento do SUS, o BZD pode ser pensado como um “*tônico para a saúde mental na ausência de tratamentos mais efetivos*” (AZEREDO et. al., 2016, p. 88). Brasil possui uma ampla faixa da população por debaixo dos limites da pobreza,

---

plano de melhora para cada unidade. Para maiores detalhes, confira o site <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=5460948> (acessado em 30 de março 2018).

ao tempo que se caracteriza por uma insuficiência crônica de investimento em saúde (NICOLETTI, 2002). Apesar disso, constitui um dos maiores mercados farmacêuticos do mundo, cenário que torna o uso indiscriminado de BZDs um tópico preocupante para a saúde pública.

Na análise sobre as nuances na pressão para prescrever, é possível diferenciar dois tipos de perfis: a) os médicos entrevistados que proporcionaram falas sobre a pressão; b) os relatos sobre capitulação e ausência de pressão para prescrever. O médico que não sente pressão no momento de prescrever, por não ter alternativa ao fármaco, perdeu a motivação para recolocar o medicamento como meio, minando o trabalho em equipe. A presença desse tipo de relatos alerta sobre o esvaziamento da consulta e a burocratização da prescrição.

Tanto o investimento do médico em colocar o BZD como meio de tratamento, como a pressão para prescrever são dados difíceis de objetivar nas pesquisas tradicionais sobre uso racional de BZDs. Por outra parte, há necessidade de pesquisas sobre como a pressão da prescrição reflete na qualidade do trabalho do médico. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa pode contribuir identificando o médico que sente pressão em relação ao investimento no medicamento como ponto de cuidado. Pesquisar as estratégias de retirada permitiu abordar as tentativas (com ou sem sucesso) de empregar o fármaco para vincular ao usuário, envolvendo-o no seu cuidado. Outra possibilidade que as estratégias de descontinuação revelaram foi interrogar o motivo de uso, verificando que o BZD muitas vezes ocupa o lugar de um afeto intenso e difícil de nominar, que, na ausência de outras alternativas, encontra no fármaco a maneira de manter as atividades diárias, sem o prejuízo que esse afeto traz.

A gestão do próprio corpo e a autonomia nas decisões fazem parte de um saber leigo que influencia o agir médico, ampliando o uso de medicamentos para além dos limites que a doença impõe. Os significados sobre a doença e as crenças sobre a cura formam parte da trama que forma as representações atreladas aos medicamentos. Essa trama se nutre da relação com o saber, à ordem e a autoridade. Na amostra pesquisada, o paciente vem se libertar de suas queixas, com suas próprias crenças sobre os efeitos dos medicamentos, disposto a negociar o necessário para obter a receita na maior parte dos casos. O usuário se encontra em uma relação de proximidade com seu medicamento de escolha, de forma que essa proximidade resta valor a cura, subordinando-a a autossuficiência (COLLIN, 2006). Esse tipo de uso que se verifica no caso dos BZDs, dificulta a abordagem de doenças clínicas e psiquiátricas de base. Se pensarmos o uso de BZDs como um tônico para a saúde mental,

esse uso como única medida, em todos os casos, não permite fazer uma distinção que possibilite a hierarquização das queixas.

O material produzido transparece um alto índice de uso de BZDs enquadrado pelos entrevistados como dependência. O uso contínuo, no longo prazo, a urgência no pedido, as ameaças, entre outras formas de dirigir a demanda ao médico, alertam para uma alta proporção de uso com características de dependência.

Na fala dos participantes, aparecem menções à ‘redução de danos’ (E01, E02, E05 e E11) e ao ‘uso racional’ (E02, E04). Como discutido por Cohen et. al. (2001), o uso racional coloca um padrão que estabelece dentro/fora, procurando corrigir o que está fora. Nesse amplo contingente fora do uso racional habitam racionalidades legítimas respeito da motivação do uso. Os paradigmas de drogas de estilo de vida ou uso para aprimoramento não fazem parte do discurso dos entrevistados, mas podem contribuir para que os profissionais tenham elementos para abordar o uso problemático, com vistas a uma compreensão mais aprofundada sobre o que há do singular em jogo no uso daquela substância, dentro da política mais ampla de redução de danos.

A fala “*o dano é menor do que o cigarro*” (E12) permeia como a classe médica é informada respeito das consequências da dependência. A maior parte dos entrevistados sinalizaram os BZDs como fármacos com efeitos adversos potencialmente graves. Todos os entrevistados entendem a dependência como nociva para a saúde. Dado que a amostra estudada se compõe de profissionais com um engajamento ativo na produção de saúde, falas como a destacada alertam sobre a necessidade de uma difusão mais ampla, não apenas em relação ao dano potencial dos BZDs, senão às estratégias para otimizar o uso. A disponibilidade de alternativas ao fármaco, a oferta de atividade física, lazer, grupos e apoio matricial esteve presente em todos os relatos. Assim, este trabalho sugere que o gargalo para conseguir melhores taxas de descontinuação não se encontraria na falta de informação dos médicos, senão na falta de tempo para realizar o acompanhamento que os casos precisam, para as discussões e articulações que fortaleçam as alternativas ao BZD. A permanência dos médicos na equipe provavelmente seja um recurso importante para esses fins, e precisa de pesquisas com outro tipo de desenho para ser avaliado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A frequência da consulta para prescrição de BZDs se mostra como a ponta do iceberg de um fenômeno complexo, que revela o protagonismo do medicamento na sociedade contemporânea.

O escopo da autoridade médica se alarga e as tecnologias diagnósticas ganham o favor do público, criando novos mercados de consumo. As demandas de certeza habitam cada vez mais o espaço da consulta, conforme cresce a dependência da biomedicina. As normas que regem o sujeito, tais como autonomia, responsabilidade e valorização da iniciativa individual, restam valor ao juízo clínico. Paralelamente, a fragmentação e hiperespecialização da medicina fraturaram a prática clínica, inserindo elementos tecnológicos em superposição às formas de cura biográficas e holistas.

O paciente se autodiagnostica, enquanto o médico enfrenta uma corrida para atender, manter-se atualizado e lidar com os constrangimentos que os sistemas de seguros lhe impõem. O usuário de psicofármacos mantém uma proximidade com o seu medicamento, que permanece no foro da sua privacidade, conforme repete sua prescrição de forma burocrática. Estabelecer as condições da doença, da saúde e o que é o limiar tolerável para uma sociedade, no contexto de desigualdade brasileira, não é tarefa simples. Definir o limite entre dependência e uso crônico de BZDs parece igualmente desafiador.

Os médicos de família da amostra pesquisada mostraram engajamento com os determinantes sociais da saúde e com o trabalho em equipe. Percebem um predomínio de uso do BZDs de forma pontual, com frequente evolução à cronicidade. Todos os entrevistados procuraram se apropriar do motivo do uso, propondo estratégias de redução e descontinuação quando possível. Há uma percepção de que o BZD não poder ser descontinuado sem uma alternativa concreta no lugar do mesmo. Uma vez que os usuários dificilmente aceitam a descontinuação, as primeiras alternativas disponíveis ao fármaco foram a substituição e a aproximação para o fortalecimento da aliança terapêutica.

Os entrevistados manifestaram recorrer ao apoio matricial, a atividades de grupo, ao encaminhamento a especialistas e a outras atividades por fora das unidades de saúde. Ainda, a disponibilidade desses recursos se mostrou insuficiente ou ausente em vários dos relatos.

O investimento em políticas públicas que tem a atenção básica como prioridade, fazendo da integralidade o foco, são cruciais para garantir saúde à população, com um uso eficiente dos recursos. Se o medicamento é apenas um ponto na cadeia de produção de saúde,

uma formação médica que privilegie o cuidado compartilhado e longitudinal favorecerá um melhor acesso, atendimentos com maior qualidade, evitando despesas com exames e intervenções desnecessárias que, além de onerar o sistema, pulverizam o esforço.

As populações de portadores de transtorno mental tendem a se beneficiar do cuidado escalonado no território como proposto no diálogo ESF/NASF. Junto à essa população com dificuldade ao acesso, os usuários de drogas ilegais – caracteristicamente homens jovens – poderão alcançar melhores índices de cobertura com o fortalecimento da integralidade.

A medicina de família contempla aspectos humanos, de forma que fazer essa formação extensiva aos graduandos em medicina retornará para a população em uma melhora no uso indiscriminado de fármacos e substâncias.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, J. The Pharmaceuticalization of Society in Context: *Theoretical, Empirical and Health Dimensions*. Sociology. Vol. 44 N. 4 Agosto, 2010.
- ALVARENGA, J.M. et. al. Prevalência e características sociodemográficas associadas ao uso de benzodiazepínicos por idosos residentes na comunidade: Projeto Bambuí. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007.
- 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.
- ANTHIERENS, S., et. al. “The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice”. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2007; 25: 214-219.
- ANVISA. Resultados 2009. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC). Anvisa, Brasília, 2009.
- ASHTON, H. Guidelines for the Rational Use of Benzodiazepines: *When and What to Use*. *Drugs* 48 (1): 25-40. 1994.
- 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 fevereiro 2018.
- ASSANANGKORNCHAI, S.; SAM-ANGSRI, N.; RERNGPONGPAN, S.; GUY EDWARD, J. Anxiolytic and hypnotic drug misuse in Thailand: Findings from a national household survey. *Drug and Alcohol Review* (January 2010), 29, 101–111.

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.

BALINT, The doctor, the patient and his illness. *The Lancet*, v.265, n. 6866, p.683-730, 1955.

BECK, U. Introducción: El manifiesto cosmopolita. Em \_\_\_\_\_. *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo XXI de España editores, 1999, p. 1-28.

BONET, O. Uma epistemologia integral na prática cotidiana. Cap. 4 em \_\_\_\_\_. *Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina*. Rio de Janeiro, 7 letras. 2014. 266 p.

BRITTEN, N.; UKOUMUNNE, O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *British Medical Journal*, 1997; 315: 1506-1510.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*,4(2):393-403,1999.

CANGUILHEM, G. Escritos sobre a medicina. Rio de Janeiro, 2002. 88p.

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.

CHIAVERINI, D.H. (Org.) et. al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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.

COCKBURN, J.; PITT, S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations. *British Medical Journal* 1997; 315:520-3.

COHEN, D.; MCCUBBIN, M.; COLLIN, J.; PÉRODEAU, G. Medications as social phenomena. *Health*, v.5, n.4, p.441-469, 2001

COLLIN, J.; OTERO, M.; MONNAIS, L. Le médicament entre science, norme et culture, In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Le médicament au coeur de la socialité contemporaine: regard croisés sur un objet complexe*. Quebec: Presses de l'université Du Quebec, 2006. p. 1-14.

COLLIN, J. Une épistémologie médicale em changement: Raisonnements thérapeutiques entre science et croyances. In: COLLIN, J.; OTERO, M.; MONNAIS, L. (Org.). *Le médicament au coeur de la socialité contemporaine: regard croisés sur un objet complexe*. Quebec: Presses de l'université Du Quebec, 2006. p. 129-151.

CRAWFORD, R. Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, vol. 10, num. 3, 1980.

CUMMINGS, R., LE COUTEUR DG. Benzodiazepines and Risk of Hip Fractures in Older People. *CNS Drugs*. 2003;17:825-837

DE ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; DA FONSECA, C. A. D. estratégia Saúde da Família. Em: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.) *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

DESCLAUX, A. Medicamento, um objeto de futuro na Antropologia. *Revista Mediações*, Londrina, v.11, n.2, p.113-130, 2006.

DE SOUZA, A. R. L. et. al. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 01 April 2013, Vol.18(4), pp.1131-1140.

DRURY, VWM. A challenge to rational prescribing. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1985, 35, 86-88.

DUMIT, J. Introduction. In: \_\_\_\_\_. *Drugs for life: How pharmaceutical companies define our health*. North Carolina: Duke University Press, 2012. P. 1-26.

EHRENBERG, A. O indivíduo sob perfusão. In: *O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa*. Aparecida (SP): Idéias & Letras, 2010. pp. 131-183.

\_\_\_\_\_. O cérebro social: quimera epistemológica e verdade sociológica? *Revista Periferia*, V. 1, N. 2, Jul/dez 2009.

ESCOHOTADO, Antonio. “El liberalismo y sus repercusiones”. *Historia general de las drogas 1*. Madrid: Alianza, 1998. pp. 417-444.

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.

FLECK, L. Epistemological conclusions from the established history of a fact, capítulo 2 em *Genesis and development of a cientific fact*. University of Chicago Press, 1979.

FLOWER, R. Lifestyle drugs: pharmacology and the social agenda. *Trends in Pharmacological Sciences* Vol.25 No.4. April 2004.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977. 241 p.

FORTES S.; MENEZES, A.; ATHIÉ, K.; CHAZAN, L.F.; ROCHA, H.; THIESEN, J.; RAGONI, C.; PITHON, T.; MACHADO, A. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [ 4 ]: 1079-1102, 2014.

FORTES, S.; ALMEIDA GONÇALVES, D.; REISDORFER, E.; ALMEIDA PRADO, R.; MARI, J.J.; TÓFOLI, L.F. Classificações em Saúde Mental na Atenção Primária: mudam as doenças ou mudam os doentes? Em: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JÚNIOR, B.; COSTA FREIRE, J. (Org.) A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond Editora, 2014.

GABE, J.; LIPSHITZ-PHILLIPS, S. Tranquillisers as social control? *Sociological Review*, v.32, p.524-546, 1984.

GIDDENS, A. Risco. Em: \_\_\_\_\_. *Mundo em descontrolado: O que a globalização está fazendo de nós*. Rio de Janeiro: Record, 2007. p. 31-45.

\_\_\_\_\_. Risk and Responsibility. *The Modern Law Review*. Vol. 62, No.1, Janeiro, 1999.

GREENHALGH, T.; GILL, P. Pressure to prescribe involves a complex interplay of factors. *British Medical Journal*, vol. 315: 1482-83. Dezembro 1997.

GREENHALGH, T.; HOWICK, J.; MASKREY, N. Evidence based medicine: movement in crises? *British Medical Journal* 2014, 342 g 3725.

HOLLINWORTH, SA; SISKIND, DJ. Anxiolytic, hypnotic and sedative medication use in Australia. *Pharmacoepidemiology and drug safety* 2010; 19: 280–288

HOLLISTER, L. Dependence on benzodiazepines (Letter to the editor). *Human Psychopharmacology*, Vol. 2, 131-132 (1987)

JOHN, A.; MARCHANT, A.L.; MC GREGORA, J.I.; TANA, J.O.A.; HUTCHINS, H.A.; KOVESSC, V.; MC LEODE, J.; DENNIS, M.S.; LLOYDA, K. Recent trends in the incidence of anxiety and prescription of anxiolytics and hypnotics in children and young people: An e-cohort study. *Journal of Affective Disorders* 183 (2015) 134–141.

KLERMAN, G. Psychotropic Hedonism vs. Pharmacological Calvinism. *The Hastings Center Report*. Vol. 1 Num. 4, Setembro 1972.

LADER, M. Benzodiazepines: *the opium of the masses?* *Neuroscience*. Vol. 3. pp. 159-165 (1978).

LEANDRO, J. A.; SANTOS, F. L. História da talidomida no Brasil a partir da mídia impressa (1959-1962). *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.3, p.991-1005, 2015

LEHMAN, R. Sharing as the Future of Medicine. *JAMA Internal Medicine*. Publicado online Julho 3, 2017.

LEVI-STRAUSS, C. El hechicero y su magia, capítulo em *Antropologia estrutural*, Buenos Aires: Eudeba, 1949-1968.

LEWIS. P.J.; TULLY, M. P. The discomfort caused by patient pressure on the prescribing decisions of hospital prescribers. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 7 (2011) 4–15.

LOPEZ PELAYO, H.; FÁBREGA RIBEIRA, M.; BATALLA CASES, A.; GARRIDO OCAÑA, J.M. BALCELLS OLIVEIRO, M.M.; GUAL SOLÉ, A. Percepción de riesgo asociada a la prescripción continuada de benzodiazepinas en salud mental y atención primaria. *Adicciones* vol. 25, nº 4 · 2013.

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.

MC CABE, S.E.; WEST, B.T. Medical and Nonmedical Use of Prescription Benzodiazepine Anxiolytics among U.S. High School Seniors, *Addict Behav.* 2014 May ; 39(5): 959–964.

NALOTO, D.C.C.; LOPES, F.C.; BARBERATO-FILHO, S.; LOPES, L.C.; DEL FIOL, F.S.; BERGAMASCHI, C.C.. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva* vol.21 n.4 Rio de Janeiro Apr. 2016

NEUTEL, C.I.; MAXWELL C.J. The Benzodiazepine Treadmill-Does One Prescription Lead to More? *Pharmacoepidemiology and drug safety*, Vol. 5: 39-42 (1996).

NICOLETTI, M.A. Banalização do uso de medicamentos: consequências incertas e preocupantes. *Infarma*, v. 15, n. 3/4, 2002.

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.

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.

OWEN, R.T.; TYRER, P. Benzodiazepine Dependence: *A Review of the Evidence*. *Drugs* 25: 385-398 (1983).

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797. Maio 21, 2011.

PELLEGRINO, E. Prescribing and drug ingestion symbols and substances. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*. Vol.10: p. 624-630. November 1976.

PETERSEN, A. & LUPTON, D. The New Public Health: a new morality? Em \_\_\_\_\_. *The new public health*. London: Sage; 1996, p. 1-26.

RACINE, E.; FORLINI, C. Cognitive Enhancement, Lifestyle Choice or Misuse of Prescription Drugs? *Neuroethics*, v.3, n.1, p.1-4, 2010.

ROGERS, A.; PILGRIM, D. A sociological view of mental health and illness. Em: GASK, L.; LESTER, H.; HENDRICK, T.; PEVELER, R. (Ed.) *Primary Care Mental Health*. Glasgow, *RCPsych Publications*, 2009, p. 40-56.

ROSE, N. Biopolitics in the Twenty-First Century. Em: \_\_\_\_\_. *The politics of life itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*. New Jersey, Princeton University Press, 2007.

SANDS, W. The tranquilizer tablet: talisman for the 1960's. *The Psychiatric Quarterly* December 1965, Volume 39, Issue 1-4, pp. 722-726.

SMITH, A. TETT, S. Improving the use of benzodiazepines-Is it possible? A non-systematic review of interventions tried in the last 20 years. *BMC. Health Services Research* 2010, 10:321

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Prefeitura de Rio de Janeiro. Guia de Referência Rápida: *Ansiedade generalizada e transtorno de pânico (com ou sem agorafobia) em adultos*. Ano 2016.

SHATZBERG, A.; COLE, J.; DE BATISTA, C. *Antianxiety agents* em *Manual of Clinical Psychopharmacology*. 7ª Ed. American Psychiatric Publishing, Inc., London, 2010.

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, ano 1, p.1-9, jul-dez 2011.

SOMERS et. al. The use of hypnosedative drugs in a university hospital: has anything changed in 10 years? *Eur J Clin Pharmacol* (2011) 67:723-729.

SORANZ, D. et al. Eixos e a reforma dos cuidados em atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* vol.21 no.5. Rio de Janeiro. Maio 2016.

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.

SRISURAPANONT, M.; GARNER, P.; CRITCHLEY, J.; WONGPAKARAN, N. Benzodiazepine prescribing behaviour and attitudes in a survey among general practitioners practicing in Northern Thailand. *BMC Family Practice* 2005, 6:27

STARFIELD, Barbara. Em \_\_\_\_\_, *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. p. 9-12.

TELLES FILHO, P. C. P.; CHAGAS, A. R.; PINHEIRO, M.L.P.; LIMA, A.M.J.; DURÃO, A.M.S. Utilización de benzodiazepinas en ancianos de una estrategia de salud familiar: implicaciones para enfermería. *Esc Anna Nery* (impr.) 2011 jul-set; 15 (3):581-586

TONE, A. The age of anxiety: *A History of America's Turbulent Affair with Tranquilizers*. New York: Basic Books, 2009. 298 p.

TYRER, P. J. Benzodiazepines on Trial. *British Medical Journal*, v. 288 n. 6424, p. 1100-1102, 1984

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.

VESTER JC, VELDHUIZEN DS, VOLKERTS ER. Residual effects of sleep medication on driving ability. *Sleep Med Rev*. 2004;8(4):309-325

VICENS, C; FIOL, F., LLOBERA, J. et. al. Withdrawal from long-term benzodiazepine use: randomised trial in family practice. *British Journal of General Practice*, 2006; 56: 958–963.

VICENTE SANCHEZ, MP. et. al. Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos em España durante el período 2000-2011 *Rev.Esp. Salud Pública* 2013,Vol.87, N.º3.

WILLIAMS S. J.; CALNAN, M. The ‘limits’ of the medicalization? Modern medicine and the lay populace in ‘late’ modernity. *Soc. Sci. Med.* Vol. 42, No. 12, pp. 1609-1620, 1996.

WILLIAMS, S.J.; GABE, J.; DAVIS, P. The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects. *Sociology of Health & Illness* Vol. 30, No. 6, pp. 813–824, 2008.

WONCA EUROPA (Sociedade Europeia de Clínica Geral / Medicina Familiar). Definições europeias: *Os Aspectos-Chave da Disciplina de Medicina Geral e Familiar*. Ano 2002.

WONCA EUROPA (Sociedade Europeia de Clínica Geral / Medicina Familiar). Definições europeias: *Os Aspectos-Chave da Disciplina de Medicina Geral e Familiar*. Ano 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programme on substance abuse: *rational use of benzodiazepines*. Ano 1996.

\_\_\_\_\_. Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Ano 2009.

ZORZANELLI, R. T. Remédios para viver ou viver para os remédios? *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 [ 3 ]: 987-993, 2013.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Usos do clonazepam no Brasil: práticas de usuários e prescritores. Projeto de pesquisa. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

**Sites:**

[https://www.trade.gov/topmarkets/pdf/Pharmaceuticals\\_Top\\_Markets\\_Reports.pdf](https://www.trade.gov/topmarkets/pdf/Pharmaceuticals_Top_Markets_Reports.pdf).  
Acessado em 30/12/2017

<https://www.worldatlas.com/articles/countries-with-the-biggest-global-pharmaceutical-markets-in-the-world.html>. Acessado em 30/12/2017

<https://veja.abril.com.br/economia/ibge-52-milhoes-de-brasileiros-estao-abaixo-da-linha-da-pobreza/#>. Acessado em 30/12/2017

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios>. Acessado em 25/01/2018.

**APÊNDICE A** – Tabela de pesquisas qualitativas

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Amostra estudada</b>	<b>Procedência</b>
Bradley	1992	Produzir um relatório sobre parte de em estudo que investigou a decisão do médico generalista de prescrever ou não, com foco nas decisões que causam mal-estar nos profissionais	69 médicos generalistas e 5 médicos generalistas em treinamento	Inglaterra
Orlandi e Noto	2005	Compreender a prática da prescrição, dispensação e uso prolongado de benzodiazepínicos, a partir da visão dos profissionais da saúde e dos usuários crônicos.	19 informantes-chave (usuários, psiquiatras, psicólogos; farmacêuticos e gestores).	Brasil
Dièye et. al.	2006	Focar na prescrição para produzir recomendações sobre o uso racional.	35 especialistas (psiquiatria, neurologia) e 25 especialistas em medicina geral	Senegal
Anthierens et. al.	2007	Informar visão dos médicos generalistas sobre porque iniciam o uso de BZD aos usuários de primeira viagem.	37 médicos generalistas	Bélgica
Lopez Pelayo et. al.	2014	Estudar a percepção do risco do uso de BZDs nos prescritores (médicos da atenção primária vs. médicos da saúde mental)	37 médicos (psiquiatras e médicos de família)	Espanha
Lewis & Tully	2014	Investigar as influências na prescrição a partir das situações produtoras de mal-estar no prescriptor.	48 prescritores em 4 hospitais	Reino Unido

**APÊNDICE B** – Tabela de pesquisas quantitativas

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Amostra estudada</b>	<b>Procedência</b>
Neutel & Maxwell	1996	Medir a frequência e correlação com a progressão ao uso contínuo a partir da primeira prescrição de BZD, na coorte estudada.	225,796 moradores de Saskatchewan, maiores de 20 anos, em uso de BZDs entre 1976 e 1986.	Canadá
Srissurapanont et.al.	2005	Avaliar o comportamento e atitudes em relação a prescrição pelos médicos generalistas	55 médicos generalistas de hospitais comunitários responderam questionário	Tailândia
Mc Cabe	2005	Examinar a prevalência e dados correlatos associados ao uso não médico de BZDs em estudantes do ensino superior	10,904 estudantes em 39 estados	EUA
Assanangkorchai et. al.	2010	Examinar padrões não médicos de uso de ansiolíticos.	Entrevista estruturada a 26,633 respondedores de 12 a 65 anos	Tailândia
Hollingworth & Suskind	2010	Investigar a prescrição de ansiolíticos, calmantes e hipnóticos na população adulta da Austrália.	Dados de uso no período 2002-2007 para cálculo da DDD	Austrália
Vicente Sanchez et. al.	2013	Explorar o padrão de uso de ansiolíticos e hipnóticos de 2000 a 2011.	Dados do sistema de saúde (registro de receitas e de dispensação da farmácia) para cálculo da DDD.	Espanha

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Amostra estudada</b>	<b>Procedência</b>
Mc Gabe & West	2014	Examinar a prevalência ao longo da vida de uso médico e não médico de BZDs entre os estudantes do ensino médio, informando a relação desses dados com comportamentos sobre uso de substâncias.	11,248 alunos do ensino médio de 5 coortes independentes	EUA
Opaleye et. al. 2014	2014	Descrever padrões de uso de tranquilizantes não prescritos em estudantes de 10 a 18 anos, características sociodemográficas dos usuários e padrão de uso de outras substâncias.	47,979 estudantes de escolas públicas e particulares de 27 capitais brasileiras.	Brasil
John et. al.	2015	Examinar tendências na apresentação, reconhecimento e registro de ansiedade e uso de ansiolíticos em crianças e adolescentes.	Coorte de 311,343 indivíduos de 6-18 anos, de 2003 a 2011	Reino Unido
Kurko et. al.	2015	Examinar diferentes definições do uso prolongado de BZDs com base em registros publicados sobre o tema.	40 estudos publicados reuniram critérios para ser incluídos na revisão sistemática	Finlândia
Mac Gabe	2016	Examinar a associação longitudinal entre o uso não médico de ansiolíticos e outras substâncias de abuso, comparando os 18 anos e a evolução aos 35 anos.	8,373 alunos do ensino médio ficaram em seguimento desde o 12º ano na escola até os 35 anos.	EUA

## APÊNDICE C – Roteiro simplificado

- 1) Antes de tudo, me fale sobre sua **formação e o que te levou** à medicina de família.
- 2) As queixas sobre **sofrimento físico e mental** (irritação, insônia, ansiedade, etc.) são comuns nas consultas médicas. Considera essas queixas frequentes no seu trabalho e no de seus colegas?
- 3) Que tipo de **orientação** recebem essas queixas?
- 4) Qual seria o perfil de **queixas** que você percebe no usuário de benzodiazepínicos?
- 5) O que é mais frequente:
  - O usuário que vem para **repetir** a prescrição e continuar o uso de BZDs?
  - O usuário que chega para ser avaliado e **iniciar o uso sob** seu acompanhamento?
- 6) Quando o usuário tem mais de um ano de uso do BZD, quais são as **especialidades** que deram origem a essa prescrição?
- 7) Como você **avalia** essa prescrição?
- 8) Os usuários que atende, fazem uso do BZD como medicamento **principal ou como coadjuvante** de outros psicofármacos?
- 9) Os usuários de BZD que atende chegam com ou sem **diagnóstico DSM**?
- 10) Nos usuários antigos, percebe **expectativa** de continuar obtendo a receita? Há **abertura para outros tratamentos**, ou mesmo, para reduzir ou interromper o uso?
- 11) Baseado na sua experiência: você tem uma **posição sobre o uso prolongado** de BZD?
- 12) Desde que os usuários crônicos dependem da prescrição para obter seu BZD, que **estratégias para adquirir a receita** você percebe?
- 13) Percebe situações em que você se sente com menos **liberdade de propor** outras alternativas terapêuticas devido a expectativa do paciente de obter a receita?
- 14) Você acredita que o uso de BZD possa trazer algum **prejuízo** ao paciente?
- 15) Você implementa **estratégias de descontinuação** na sua prática clínica?
- 16) Que apoio encontra nos **textos** sobre isso?
- 17) Que **apoio** encontra para os usuários na **ESF/NASF**?
- 18) O tema do uso de BZD, seu uso abusivo e/ou desmame estão em pauta nas discussões de equipe, e/ou nas reuniões de matriciamento que você já teve contato?

**Alguns dados sócio-demográficos:**Idade: \_\_\_\_\_ anos. Sexo: M  F Tipo de vínculo empregatício: Estudante  Trabalhador autônomo  Do lar Trabalhador com carteira assinada  Funcionário público  Aposentado 

Quantas horas trabalha por semana: \_\_\_\_\_

Renda pessoal (por faixa):  Até R\$5.000  R\$5.000 a 10.000 R\$10.000,00 a 20.000  R\$20.000 a 25.000  Maior que R\$ 25.000

Renda de sua família: R\$ \_\_\_\_\_ Quantas pessoas moram na sua casa? \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Grau de instrução (essa parte poderá ser completada com base na primeira pergunta do questionário):

Pós-graduação \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_

Outros (cursos de capacitação, residências): \_\_\_\_\_

Mestrado: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_

Doutorado: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_

Muito obrigada pela sua colaboração!

**ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(para uso com os prescritores no Rio de Janeiro)

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa ““Usos do clonazepam no Brasil: práticas de usuários e prescritores” coordenada por Rafaela Teixeira Zorzaneli. Este estudo tem por objetivo investigar dois pontos: 1) os sentidos atribuídos à medicação e as diferentes utilizações que os usuários fazem dessa substâncias em seus cotidianos; 2) as percepções e práticas da classe médica, por seus privilégio na prescrição desse medicamento, dentre outras especialidades de profissionais da saúde, no que se refere ao ato de prescrever benzodiazepínicos (e quaisquer outras classes de medicamentos), bem como de acompanhar pacientes usuários dessa classe de substâncias. Para isso, realizaremos entrevistas semiestruturadas individuais.

Você foi selecionado(a) por ter, voluntariamente, se prontificado a dar uma entrevista sobre a prescrição dessa substância farmacológica, seja por meio de cartazes de divulgação 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 como pesquisadores em nível de pós-graduação (mestrado ou doutorado em curso ou já finalizado). Os benefícios que se pretende alcançar dizem respeito à produção de conhecimento sobre o lugar e o papel do médico nesse processo, sobretudo por ser o mediador central do processo de prescrição. Pretendemos, com isso, oferecer dados analíticos que produzam conhecimento sobre o tema a partir da experiência dos usuários e também dos prescritores – ambos, considerados atores-chave no processo de consumo de tal substância.

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de entrevista realizada preferencialmente nas dependências da UERJ ou em lugar que seja de sua preferência. Os entrevistadores são pesquisadores em nível de pós-graduação, supervisionados pela

coordenadora deste projeto, 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 lhe será comunicado. As informações serão gravadas para transcrição posterior, sendo os dados pessoais mantidos totalmente anônimos. Os temas das entrevistas dizem respeito à sua experiência ou à sua percepção sobre o uso de benzodiazepínicos em seu campo de atuação, sobre possíveis demandas de pacientes que fazem uso contínuo desse medicamento para a prescrição dessa medicação, sobre sua experiência com o acompanhamento de usuários de longo prazo (mais de um ano) desse medicamento, 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.

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

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](tel:(21)2334-0140) E-mail: [rtzorzanelli@hotmail.com.br](mailto:rtzorzanelli@hotmail.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](mailto: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): \_\_\_\_\_

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

**ANEXO B – Roteiro**

- Antes de tudo, me fale um pouco de você: sua formação, seu tempo de formação e seu tempo trabalhando com medicina de família, se fez algum curso depois de sua graduação (incluindo residência(s), especializações, mestrado, doutorado e capacitações), e o que te levou à medicina de família.
- Os clínicos de família são considerados especialmente próximos de uma série de queixas de sofrimento físico e mental (irritação, insônia, sintomas de ansiedade, agitação e outros) com o que parte dos médicos, mesmo fora da psiquiatria, associa o benzodiazepínico como uma boa indicação. É comum que essa questão apareça em seu ambiente de trabalho, na sua prática e na de outros médicos com quem você tem contato? Como avalia essa relação entre essas queixas e o uso de BZDS's?
- Qual o perfil de queixas, segundo você percebe, do usuário de benzodiazepínico que chega até seu cotidiano de trabalho?
- O que é mais frequente ou mais comum em sua prática no caso específico da prescrição de benzodiazepínicos: um paciente já chega a você solicitando a continuação de uma prescrição da qual ele fazia uso antes ou pacientes são avaliados por você como tendo a necessidade de fazer uso desses medicamentos e, portanto, iniciam o uso sob seu acompanhamento?
- No caso dos pacientes que já chegam a você com mais de um ano de uso, ou seja, que já tiveram prescrições de médicos anteriores: você já observou qual é a especialidade médica de onde vem tais prescrições? Em sua opinião, tal prescrição para os casos que você acompanha ou acompanhava era adequada?
- Você percebe se o uso dos BZDS's aparece como protagonista ou como adjuvante nesses casos que atende? Em geral, são pacientes em uso de outros medicamentos psicotrópicos? - Os pacientes que chegam até você já chegam com um diagnóstico psiquiátrico ou o uso dos benzodiazepínicos aparece fora do contexto de um diagnóstico psiquiátrico? Caso venham com um diagnóstico, qual seria ele?
- Nesses casos em que o paciente já é usuário de benzodiazepínico antes de chegar até você, você percebe alguma expectativa dele em continuar obtendo a receita? Há abertura para a possibilidade de outros tratamentos ou até mesmo a vontade, por parte do paciente, de interromper o uso?

- Baseado na sua experiência, você tem alguma posição sobre o uso prolongado dos BZDS's?  
 - Você observa algum fato notável sobre as estratégias de aquisição de BZDS's pelos pacientes que você acompanha, já que eles são usuários crônicos de medicamentos que dependem de prescrição?

- Há situações em que a expectativa do paciente em receber a prescrição de BZDS's faz você se sentir com menos liberdade de propor outras alternativas terapêuticas?

- Você acredita que o uso de BZDS's possa trazer algum tipo de prejuízo para o paciente? - A proposta da descontinuação do uso de BZDS's é algo que você implementa em sua prática clínica? Como pensa esse processo dentro do contexto de sua prática?

- Você considera que haja outras estratégias de apoio, no âmbito da clínica da família, para oferecer alternativas a essas queixas difusas dos pacientes, para além da terapia medicamentosa?

- O tema do uso de BZDS's, eventualmente, do uso abusivo e até do desmame desses medicamentos é um assunto debatido pela equipe ou pelas equipes em que você já teve contato?

Alguns dados sócio-demográficos: Idade: \_\_\_\_\_ anos. Sexo: M  F

Tipo de vínculo empregatício: \_\_\_\_\_ CLT \_\_\_\_\_ Bolsista \_\_\_\_\_ Aposentado \_\_\_\_\_  
 Autônomo

Quantas horas trabalha por semana: \_\_\_\_\_ Renda pessoal (por faixa): \_\_\_\_\_ Menos de R\$5.000  
 \_\_\_\_\_ R\$5.000 a 10.000 - \_\_\_\_\_ R\$ 10.000 a 20.000 - \_\_\_\_\_ Mais de R\$ 20.000

Renda de sua família: R\$ \_\_\_\_\_ Quantas pessoas moram na sua casa? \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Grau de  
 instrução (essa parte poderá ser completada com base na primeira pergunta do questionário):

Pós-graduação \_\_\_\_\_ Área em que fez pós-graduação: \_\_\_\_\_

Outros (cursos de capacitação, residências): \_\_\_\_\_

Muito obrigada pela sua colaboração!