

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

ZACARIAS ANTONIO MANGINI JUNIOR

**CONDICIONANTES RELACIONADOS AO USO CRÔNICO DE
CLONAZEPAM NO BRASIL: UMA HISTÓRIA DE VIDA**

Dissertação submetida à banca examinadora e apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, sob orientação do Professora Doutora Sandra Caponi.

Florianópolis

2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Mangini Junior, Zacarias Antonio
Condicionantes relacionados ao uso crônico de Clonazepam
no Brasil : uma história de vida / Zacarias Antonio
Mangini Junior ; orientadora, Sandra Noemi Cucurullo de
Caponi - Florianópolis, SC, 2013.
91 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Clonazepam. 3. Contextos Sociais.
4. História de vida. I. Caponi, Sandra Noemi Cucurullo de.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Quem sabe a banalização da felicidade não leve os homens a se darem conta de que, nesta vida, *nada é tudo*, nem mesmo a felicidade?
(GIANETTI, 2002, p. 180, grifos do autor).

RESUMO

O consumo de psicotrópicos da categoria dos benzodiazepínicos vem alcançando proporções elevadas nos últimos anos. Dentre esses medicamentos, o fármaco clonazepam recebe destaque ao figurar em relatórios de Organismos Internacionais como uma das substâncias mais consumidas no mundo. Em geral, os pacientes que fazem uso crônico dos benzodiazepínicos são do sexo feminino, tem idade igual ou superior a quarenta anos e utilizam a medicação por mais de dois anos. Considerando que esses pacientes apresentam histórias de vida relacionadas a contextos sociais adversos, é que procurou-se analisar a interferência desses contextos na elevação do consumo de benzodiazepínicos no Brasil. Para a realização dessa pesquisa, optou-se por um estudo de caso, como delineamento da modalidade de produção de conhecimento. Esse estudo apresenta um caráter qualitativo com objetivos exploratórios e descritivos, e utiliza para coleta de dados a entrevista não estruturada, mais especificamente, a técnica de pesquisa conhecida por história de vida. Os dados foram coletados em uma unidade de farmácia de dispensação. A escolha da amostra foi aleatória a partir de critérios de seleção como sexo feminino, faixa etária igual ou superior a quarenta (40) anos e, em tratamento por um período maior que dois (02) anos. Optou-se pelo estudo de caso único como unidade de análise, o qual possibilita uma generalização analítica das informações obtidas por meio da história de vida do paciente. Tratou-se de uma história de vida permeada por percalços e contextos adversos, atravessada por condutas medicalizantes e agravada por diagnósticos imprecisos e inadequados durante mais de vinte anos. Observou-se que não há possibilidade de se realizar uma terapêutica correta e ajustada a realidade do paciente a partir de discursos e posturas biologicistas. A opção pela medicalização de toda uma existência acabou por transformar a vivência dessa experiência subjetiva em uma história de vida ainda mais sofrida e dolorosa, reforçando a necessidade de uma compreensão interdisciplinar do processo saúde-doença, capaz de considerar o indivíduo e as suas relações sociais no decorrer de sua vida.

Palavras-chave: Clonazepam. Contextos Sociais. História de vida.

ABSTRACT

Consumption of psychotropic category of benzodiazepines is reaching high proportions in recent years . Among these drugs , the drug clonazepam receives prominent figure in the reports of international organizations as one of the most consumed substance in the world . In general , patients with chronic use of benzodiazepines are female , has aged forty years and use the medication for more than two years. Whereas these patients life stories related to adverse social contexts , it is tried to analyze the interference of these contexts in increased consumption of benzodiazepines in Brazil . To carry out this research, we chose a case study , how to design the mode of knowledge production . This study presents a qualitative descriptive and exploratory purposes and uses for data collection unstructured interview , more specifically , the research technique known life history . Data were collected in a pharmacy dispensing unit . The choice of the sample was randomly selected from selection criteria as female gender , age less than forty (40) years , and treatment for a period greater than two (02) years. We opted for the single case study as the unit of analysis , which allows a generalization of the analytical information obtained through the life history of the patient. It was a story of life permeated by percalssos and adverse contexts , crossed by pipelines medicalizantes and aggravated by inaccurate diagnoses and inappropriate for over twenty years. It was observed that there is no possibility of holding a correct therapeutic and adjusted to the reality of the patient from speeches and postures biologicist . The option for the medicalization of a lifetime eventually transform the experience of this subjective experience in a life story even more painful and painful , reinforcing the need for an interdisciplinary understanding of the disease process , able to consider the individual and their social relations throughout his life.

Keywords: Clonazepam . Social Contexts . Life Story .

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: UM FENÔMENO DE VENDAS A SER INVESTIGADO.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO: O PROBLEMA DA MEDICALIZAÇÃO, DA PSIQUIATRIA E DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA.....	19
2.1 A MEDICINA COMO CAMPO DE FORÇAS.....	22
3 REVISÃO DOCUMENTAL E BIBLIOGRÁFICA: O CONTEXTO HISTÓRICO DOS ANSIOLÍTICOS.....	29
3.1 CONHECENDO OS BENZODIAZEPÍNICOS.....	30
3.2 O CONTROVERSO USO DOS BENZODIAZEPÍNICOS.....	31
3.3 A PRODUÇÃO MUNDIAL DOS BENZODIAZEPÍNICOS.....	33
3.4 OS ATUAIS MECANISMOS DE DESVIO DOS BENZODIAZEPÍNICOS.....	35
3.5 O CONSUMO ABUSIVO DOS BENZODIAZEPÍNICOS NO MUNDO.....	37
3.6 A EVOLUÇÃO DO CONSUMO DO CLONAZEPAM NO MUNDO.....	40
3.7 A EVOLUÇÃO DO CONSUMO DO CLONAZEPAM NO BRASIL.....	41
3.8 O CONTEXTO SOCIAL E O PERFIL DOS USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS NO BRASIL.....	43
4 JUSTIFICATIVA.....	51
5 OBJETIVOS.....	55
5.1 OBJETIVO GERAL.....	55
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	55
6 METODOLOGIA: UM ESTUDO DE CASO.....	57
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO: "EU PROCURO ELE, EU SINTO FALTA DELE".....	61
8 CONCLUSÃO: A PÍLULA DA INFELICIDADE.....	77
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICES.....	90
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	90

1 INTRODUÇÃO: UM FENÔMENO DE VENDAS A SER INVESTIGADO

O consumo de psicotrópicos vem alcançando proporções elevadas nos últimos anos. Dentre esses medicamentos, o fármaco clonazepam (pertencente ao grupo dos benzodiazepínicos) recebe destaque ao figurar em relatórios de Organismos Internacionais como uma das substâncias mais consumidas no mundo. O Conselho Internacional de Controle de Narcóticos (INCB), em seu relatório publicado no ano de 2009, apresenta indícios de um abuso sistemático de preparações farmacêuticas contendo clonazepam e aponta também a ocorrência do tráfico e do abuso da prescrição desse medicamento em muitos países. No Brasil, os dados relativos à comercialização do clonazepam apontam para um consumo superior a doze milhões de unidades deste medicamento entre os anos de 2008 e 2009. (BRASIL, 2011a)

A utilização dos benzodiazepínicos (BZD) para além dos seis (06) meses de tratamento preconizados na literatura, poderá levar os pacientes a quadros clínicos de dependência química, física ou psicológica. Essa dependência relacionada ao uso de BZD tende a acarretar prejuízos a saúde do paciente, no seu convívio social e na qualidade de vida do mesmo. Sendo assim, o processo de retirada dos BZD necessita ser lento e gradual, pois o surgimento de efeitos colaterais severos ocorrem com frequência, decorrentes da abstinência e do chamado "efeito rebote"¹. Apesar desses medicamentos constarem como um dos mais seguros, eles escondem graves problemas no seu manejo, pois as dificuldades inerentes a um quadro de dependência não prevalecem sobre os benefícios e, muitas vezes passam despercebidas devido a complexidade das situações envolvidas no tratamento dos pacientes. (RANG, 2007)

Acompanhando a tendência do elevado consumo de BZD, verifica-se que esses medicamentos também estão entre aqueles mais prescritos por médicos que não atuam no campo da psiquiatria, além das prescrições realizadas pelos próprios psiquiatras. Esse fato coloca sob suspeita a realização dos diagnósticos mentais e a prescrição dos BZD

¹ Efeito rebote: está relacionado ao retorno dos sintomas controlados pelo medicamento, porém de forma muito mais intensa do que no início do tratamento, decorrente à parada abrupta ou não, do uso de um determinado medicamento, como por exemplo dos benzodiazepínicos.

² O INCB atua na aplicação das convenções internacionais de controle de drogas estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU). Os relatórios anuais abarcam, entre outras informações, as previsões mundiais de consumo de psicotrópicos para fins médicos e científicos, e relacionam as estatísticas sobre os

como opção de escolha para o tratamento desses transtornos seja pelos médicos seja pelos pacientes. Tendo em vista esse panorama, faz-se necessário problematizar a ocorrência de um excesso na prescrição dos BZD, bem como, do uso irracional desses medicamentos por parte dos pacientes, o que poderia propiciar um ambiente favorável ao elevado consumo destes medicamentos.

No elo de ligação entre a prescrição excessiva e o uso irracional do medicamento, há possibilidade de serem encontrados contextos sociais que não estariam sendo levados em conta pelos médicos no momento da decisão pela prescrição dos BZD. Com essa terapêutica, o profissional busca atender as demandas sociais atuais, que consistem em não tolerar qualquer tipo de sofrimento por parte dos pacientes, lançando mão do uso de medicamentos, como os BZD, que contribuem para mascarar a provável ou possível raiz de seus problemas. (ANGELL, 2007; CAPONI, 2012; RANG, 2007)

Em vista dessas lacunas, durante a realização deste estudo, buscou-se o entendimento dos condicionantes relacionadas ao uso crônico e elevado dos BZD, por meio de uma visão que possibilitasse ao paciente apresentar o seu percurso em busca de tratamento desde as primeiras queixas, passando pelo atendimento médico, e chegando ao seu atual cotidiano da utilização do medicamento. Na ocasião desse estudo também se buscou transferir ao paciente a oportunidade de contar sua história de vida, suas experiências e expectativas na construção diária de seu ambiente social.

Com base nessa perspectiva, parte-se do pressuposto de que é possível visualizar, pela ótica do paciente, a existência de condicionantes no uso crônico de BZD, além da possibilidade de verificar a relação destes com o elevado consumo de BZD. Os estudos de Alvarenga (2008), Carlini (2006) e Firmino (2012), realizados com um enfoque qualitativo, proporcionam um reforço sobre o panorama atual do uso crônico de BZD, demonstrando haver reprodutibilidade das características dos pacientes, das principais indicações de uso dos BZD e da complexidade das articulações envolvidas no uso destes. Esses estudos apontam para o uso inadequado dos BZD, o excesso de prescrição do medicamento, em especial, por profissionais fora da especialidade da psiquiatria, o tempo prolongado de tratamento com os BZD e, também a inadequada indicação do uso dos BZD para diversos transtornos mentais, inclusive para a manutenção de quadros de dependência dos pacientes.

Integrando o quadro dos BZD, figura o ansiolítico clonazepam entre os medicamentos mais vendidos no Brasil. O país conhecido pelo futebol e pelo carnaval, pelo povo alegre e feliz é um dos maiores

consumidores de ansiolíticos do mundo. O fato de um medicamento controlado, como o clonazepam (BRASIL, 1998), tornar-se um dos mais vendidos entre os brasileiros, parece demandar maior atenção por parte dos especialistas e estudiosos, a fim de compreender como ocorre o uso dessa classe de BZD por um paciente crônico, a partir de uma perspectiva que aborde a própria vivência desse paciente. Em outras palavras, trata-se de compreender quais os contextos relacionados a esse uso prolongado do clonazepam e como ele acontece.

Para fins do presente estudo, pretende-se analisar quais as interrelações subjetivas, a partir do cotidiano do paciente, e como essas interrelações ocasionalmente contribuem para a elevação do consumo de benzodiazepínicos no Brasil, particularmente o clonazepam, fármaco que mais cresce no país em termos de consumo. Considera-se que a suspeita do elevado consumo de clonazepam se constitui em um grave problema de saúde pública. (BRASIL, 2001)

Para aproximação desse universo, propõe-se o modelo metológico do estudo de caso, aplicado na investigação de um fenômeno contemporâneo, além da pesquisa bibliográfica que circunscreve todo o processo. O instrumental proposto para a coleta de dados foi a entrevista aberta em profundidade. A opção pela entrevista não estruturada permite aplicar a técnica de pesquisa conhecida por história de vida. O recurso para o tratamento das informações coletadas é a abordagem analítica, clássica dos estudos de caso. (GIL, 2009).

O trabalho que ora se apresenta, como uma dissertação, começa, num primeiro bloco, com uma breve discussão teórica apoiada no referencial de Conrad e Illich e, em seguida extrapola para a visão de Bourdieu sobre a teoria do campo. A partir dessa compreensão, faz-se uma discussão sobre a possibilidade da medicina constituir-se em um campo de forças bourdiano, proporcionando uma perspectiva abrangente das relações intracampo, extracampo e intercampos.

Na sequência, num segundo bloco, procede-se a atualização dos dados mais relevantes sobre os BZDs, abrangendo o contexto histórico do seu desenvolvimento, as informações pertinentes ao modo de utilização e as controvérsias relacionadas aos estudos clínicos, e o estabelecimento de um panorama mais abrangente sobre a produção, o uso de forma abusiva e a obtenção destes fármacos. Em continuidade, ainda são relacionados os dados referentes ao relatório anual do INCB, publicado no ano de 2011. Fechando este bloco, são traçados alguns paralelos sobre o perfil dos pacientes que utilizam os BZD e alguns estudos qualitativos com importantes contribuições sobre o entendimento da construção desse perfil socio-demográfico. Finalmente, apresenta-se em outros blocos a

justificativa do estudo, os objetivos e detalhamento do tipo de delineamento proposto para o estudo, bem como, a forma da coleta de dados.

A aproximação com o objeto de pesquisa desse trabalho deixa transparecer a trajetória profissional do pesquisador, formado bacharel em farmácia e bioquímica no ano de 1993, nos moldes curriculares tecnicistas da época, em que havia um predomínio da vertente biologicista em detrimento do caráter social das questões de saúde. A necessidade do pesquisador e as últimas abordagens sociais do campo da saúde pública de romper com paradigma biomédico, e apresentar um enfoque pautado nas ciências sociais, constituem o ponto de tangência entre o profissional e o objeto de pesquisa.

Na esteira do tempo, a atuação como farmacêutico nas áreas da indústria cosmética, da bioquímica, da manipulação magistral e da atenção farmacêutica em farmácia de dispensação, levaram o profissional a buscar outras abordagens para os problemas de saúde, diante dos desafios cotidianos de oferecer respostas aos pacientes pelas vias do discurso biomédico. Nesta busca, a especialização multidisciplinar em saúde da família pela UFSC, tornou possível o entendimento de questões até então definidas apenas como estatísticas a serem contempladas.

A estreita relação com outros profissionais de saúde durante o curso de especialização, bem como, o aprofundamento do conhecimento sobre o processo histórico da saúde no Brasil e a reflexão sobre os conceitos das ciências sociais aplicados na área de saúde pública, culminaram sob a orientação da Dra. Sandra Caponi, em um trabalho de conclusão de curso sobre o uso e a prescrição do clonazepam nas unidades básicas de saúde em um município em Santa Catarina.

Este trabalho foi direcionado a verificar a perspectiva dos profissionais prescritores sobre o tema, e por meio dele foi possível identificar a procura desordenada pelo medicamento, por parte dos pacientes; a dificuldade dos médicos em administrar e racionalizar a prescrição do medicamento e a utilização do espaço da unidade básica de saúde como local de troca e obtenção de receituário, por parte dos usuários crônicos desse medicamento.

Ao ingressar no Mestrado em Saúde Coletiva, na oportunidade de continuar o trabalho com a orientadora Dra. Sandra Caponi, havia a possibilidade de conhecer de forma aprofundada as diversas nuances envolvidas ao fenômeno da elevação contínua e sustentada do uso dos benzodiazepínicos, em especial do clonazepam, em todas as regiões do Brasil. Trata-se de um fenômeno amplamente documentado na literatura e por trabalhos científicos, mas pouco explorado em seus desdobramentos, sobretudo sob o enfoque do sujeito que o vivencia. É no intuito de

compreender o universo do sujeito medicalizado que se insere o presente trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO: O PROBLEMA DA MEDICALIZAÇÃO, DA PSIQUIATRIA E DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

O expressivo crescimento no consumo de benzodiazepínicos, que acontece de forma generalizada em diversos países e, particularmente, no Brasil com o clonazepam, está inserido em um cenário mais abrangente envolvendo o fenômeno da medicalização, o alargamento da fronteiras clínicas da psiquiatria e a influência da indústria farmacêutica como fatores propulsores desse crescimento.

O processo de medicalização começa a ser estudado por sociólogos nos anos de 1970, entre eles Peter Conrad e Ivan Illich (1975), que orientam seus escritos na descrição do modo pelo qual a medicina e suas tecnologias adentram nas áreas da vida individual ou até mesmo em diversas fases dessa, como o nascimento, a gravidez, a menopausa e a velhice. Esse processo submete a vida individual a cuidados e a estratégias de intervenção, desconsiderando a existência de sintomatologia ou mesmo de qualquer quadro patológico identificado. A abrangência da medicalização atinge, com a proferida atenção médica, desde comportamentos reprovados socialmente até quadros de depressão, alcoolismo, obesidade e drogadição, entre tantos outros males em diversos contextos, resultando em processos de incremento da automedicação.

A utilização de medicamentos além das fronteiras do tratamento e da cura acabam por atender interesses mercantis. Esses, por sua vez, estão cada vez mais voltados para a criação de uma fórmula mágica capaz de solucionar todos os problemas e dilemas humanos. Os novos desenvolvimentos da indústria farmacêutica buscam atender estilos de vida pré-estabelecidos, comportamentos e valores parametrizados quase que, exclusivamente, pela estética ou por um suposto bem-estar.

Ao privilegiar o modelo biomédico de caráter biológico em detrimento de uma concepção mais holística coloca-se em segundo plano variáveis mais amplas com enfoque psicológico e econômico-social. Nesse sentido, outro fator precisa ser levado em conta, com o desenvolvimento da ideologia consumista na sociedade atual, em que os medicamentos tem mais valor de troca do que de uso, ou seja, a representação simbólica sobrepõe as ações do princípio ativo. Dessa forma, atingir satisfatoriamente o "bem-estar", a "saúde" e a utópica "felicidade" resume-se na capacidade monetária da aquisição de bens e serviços de saúde, entre eles os medicamentos. (BARROS, 2010)

Nessa sociedade capitalista voltada para o consumo de modelos de saúde surgem importantes questionamentos como: a quem cabe

estabelecer as fronteiras do normal e do patológico?; quais são os marcadores biológicos das doenças psiquiátricas?; e quais os caminhos percorridos pelo diagnóstico à partir de uma contagem de sintomas até alcançar a prescrição de psicofármacos sustentada por alterações químicas das funções cerebrais?. (CAPONI, 2010)

Em suma, todas as respostas estão nas mãos da psiquiatria ao excluir qualquer referência ao contexto nos quais aparecem os sintomas, e também ao não relacionar parâmetros biológicos para seus diagnósticos psiquiátricos, propiciando o surgimento de infinitos agrupamentos sintomáticos e alargando as fronteiras da ingerência da psiquiatria no campo social. (CAPONI, 2012)

Como consequência dessa postura, os medicamentos prescritos para os transtornos mentais são desenvolvidos por uma lógica inversa, ou seja, primeiro são descobertos os fármacos e suas possíveis ações sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) e, em seguida, são elencados critérios de diagnósticos de uma patologia ou decide-se pela criação de uma nova patologia. Como exemplo, pode-se citar os antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Seratonina (ISRS), que apresentam um contexto favorável para essa construção. Esses foram lançados em 1986 e o seu representante mais conhecido é a fluoxetina, que recebe indicação para o tratamento dos vários tipos de depressão. (MARTÍNEZ, 2010).

Com o surgimento dos ISRS seria de se esperar uma redução no número de casos de depressão, seguindo a lógica de tratamento e de cura de outras classes terapêuticas, como acontece com os antibióticos. Entretanto, nos anos seguintes a descoberta dos ISRS, percebe-se um aumento considerável dos casos diagnosticados de depressão e, para 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) prêve a depressão como a segunda doença de maior prevalência no mundo. Nesse contexto, enquadram-se outros medicamentos psicotrópicos obtidos seguindo os mesmos parâmetros dos ISRS, o que permite duas ponderações pertinentes: A primeira aponta para a ausência de um conhecimento etiológico efetivo sobre as doenças, demonstrando que as teorias a respeito delas deveriam ser vistas mais como conjecturas do que como certezas; A segunda refere-se aos critérios lassos de diagnóstico que permitem a sobre-representação de situações para definir um caso clínico. Dessa forma, a falta de definição dos transtornos depressivos leves possibilita a medicalização de qualquer estado de ânimo envolvendo um paciente com qualquer tipo de abatimento (MARTÍNEZ, 2010).

Paradoxalmente, os instrumentos e as condições para "fazer girar" esse círculo vicioso, envolvendo medicalização, psiquiatria e indústria farmacêutica, estão de posse de quem domina os meios de

produção, ninguém menos senão, a indústria farmacêutica, responsável por todas as etapas da produção dos medicamentos, desde o desenvolvimento, passando pelos testes laboratoriais e clínicos até desembocar no marketing e na comercialização.

O monopólio da manufatura de medicamentos resulta na concentração de poder, possibilitando a interferência em todas as etapas da cadeia de consumo dos produtos farmacêuticos, atuando de forma ostensiva sobre os médicos e os pacientes, seja divulgando os benefícios dos fármacos, seja informando as novidades e as inovações dos produtos criados. O controle dos testes de laboratório e clínico constituem uma ferramenta incomensurável do ponto de vista das informações que poderão ser divulgadas, possibilitando a veiculação apenas dos dados favoráveis ao medicamento. Esse controle fornece subsídios para criação de novas patologias e até mesmo para inflamar dados sobre doenças existentes. (ANGELL, 2007; BARROS, 2010; MARTÍNEZ, 2010)

De forma bastante peculiar, pode-se dizer que a vida imita a arte, assim como, a arte imita a vida, criando um ambiente passível de comparação com clássicos da literatura. Com certa indulgência, identifica-se na psiquiatria a figura expressiva do Dr. Simão Bacamarte, o protagonista da obra de Machado de Assis, *O Alienista*.

Obstinado na classificação e no estudo da loucura, Dr. Bacamarte inicia seu trabalho confinando na Casa Verde, um hospício edificado por ele, os loucos mansos, furiosos e monomaníacos. Em um segundo momento, passa a internar cidadãos estimados e respeitados tidos como ajuizados pela sociedade local. No final de seu intento, o resultado é que tinha confinado quatro quintos da população local de Itaguaí, cidade onde se passa a trama. Na obra, o alienista realiza seus estudos de maneira contínua e sustentada: analisando os hábitos dos loucos; anotando as horas de acesso, as aversões, as simpatias, as palavras, os gestos, as tendências; perguntando sobre a vida dos enfermos, profissão, costumes, circunstâncias da revelação mórbida, acidentes da infância e da mocidade, doenças de outra espécie e os antecedentes na família. Enfim, parece possível traçar um paralelo entre a obra literária e as orientações da Associação Americana de Psiquiatria (APA) com o seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

Com base na visão futurística de Huxley (2009), em sua obra *Admirável Mundo Novo*, encontra-se um mundo construído sobre o condicionamento das pessoas, livre das mazelas do sofrimento físico e psíquico, da doença, da velhice e dos dissabores diários e cotidianos. Trata-se de uma sociedade de consumo – de bens, serviços e até mesmo de pessoas –, destituída de laços familiares, sentimentos humanos e pudores

sexuais, na qual todos os habitantes consideram-se felizes e plenamente realizados dessa forma. Diante da menor demonstração de solidão, tristeza, estresse ou insatisfação tem-se a mão o “soma”, a droga perfeita, medicamento desenvolvido para eliminar todos os males da vida dos seres humanos, com efeitos eufórico, narcótico e agradavelmente alucinatório, proporcionando o esquecimento do sofrimento e conduzindo o usuário por uma viagem de sonhos e de boas lembranças, com a vantagem de não haver inconveniente, sem reações adversas.

Por certo nada mais próximo dos tempos atuais, em que as pessoas são movidas pelo consumismo, e buscam de todas as formas fugir dos problemas cotidianos relacionados ao trabalho, a família e o contexto econômico-social. Reflete-se na obra o estabelecimento de padrões estéticos e sociais inatingíveis para a maioria da população, havendo o condicionamento físico e psicológico dos “não eleitos” para aceitarem o seu patamar de evolução (castas inferiores). E, por fim, o “soma”, representativo da panacéia capaz de tratar, porém não de curar as dores da alma, característica dos psicotrópicos oriundos do desenvolvimento da indústria farmacêutica, preocupada em fidelizar clientes, ao invés de curar pacientes. (HUXLEY, 2009)

2.1 A MEDICINA COMO CAMPO DE FORÇAS

A multiplicidade das relações, as quais podem ser sociais, de força ou de dominação, entre outras, parecem ser um terreno fecundo para uma reflexão sobre a medicina ou campo médico constituir-se em um *campo*, social ou científico, na perspectiva de Pierre Bourdieu (2004). A excessiva colonização do campo social exercida pelo campo da medicina sob influência do campo econômico, traz como uma das consequências um processo conhecido como medicalização. A compreensão da produção cultural relacionada ao processo de medicalização que ocorre dentro do campo da medicina, não se basta na perfeita correlação das condições socio-econômicas aos conteúdos textuais sobre o assunto. Dito de outra forma, apropriar-se da base conceitual estabelecida por Conrad e Illich e, confrontá-la com a ocorrência de condições sociais como a prescrição médica excessiva, o uso crônico de um determinado medicamento e as condições de vida e de existência dos pacientes, apesar de relevantes, oculta a existência de um universo intermediário no qual estão inseridos os agentes e as instituições que as produzem, reproduzem ou difundem a medicina como campo de forças. (BOURDIEU, 2004)

A sobrevivência desse campo de forças, a medicina, está submetido a dois tipos de leis: as do macrocosmos e aquelas do

microcosmos da medicina. As primeiras são regidas por leis sociais, ao passo que as últimas evidenciam leis sociais com maior ou menor especificidade, conferindo certa autonomia a esse campo. Neste sentido, pensar a medicina como um *campo* na visão de Bourdieu, e buscar entender o modo pelo qual o campo da medicina coloniza o campo social, para além dos problemas sociais que são ao mesmo tempo, médicos (no sentido fisiológico), como é o caso da desnutrição, por exemplo, possibilita vislumbrar o grau de autonomia que este campo usufrue diante das pressões externas, e como essas relações mais ou menos impositivas se colocam sobre o campo, provocando reações de resistência características da autonomia desse campo no sentido de anular as imposições externas e reconhecer apenas suas próprias determinações. (BOURDIEU, 2004)

Aproximando esse conceito de questões mais tangíveis, a grosso modo, poderia-se citar como exemplo de pressão externa ao campo da medicina, a mobilização por uma parcela da sociedade ou grupo social para a quebra da patente de um determinado medicamento. Essa ação ocasionaria como reflexo uma possível redução nos valores do medicamento, ou uma campanha de conscientização da população patrocinada pelo fabricante na tentativa de demonstrar os altos custos envolvidos na pesquisa e na produção do medicamento. A capacidade de refratar as pressões ou demandas externas é uma das características mais preponderantes da autonomia do campo e, neste caso específico, a medicina como campo, demonstra elevado poder de refração das pressões externas, haja visto a nova edição do manual de psiquiatria, o DSM-V, no qual as orientações para os diagnósticos são vagos e imprecisos, ou até mesmo a maneira como transforma as questões sociais ou cotidianas em problemas de saúde com definição e localização biológica no corpo humano. Acerca da transformação das imposições externas de modo a tornarem-se imperceptíveis, pode-se perceber a utilização da mídia na massificação de argumentos para a utilização de medicamentos e suplementos vitamínicos, em um movimento contrário e desarticulador ao uso racional de medicamentos, uso esse preconizado por agentes e instituições dentro do campo a exemplo do Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (BOURDIEU, 2004; BRASIL, 2001a)

Nos moldes de Bourdieu (2004), todo campo é um campo de forças e um campo de lutas, para manter ou transformar esse campo de forças e, a criação deste espaço como mundo físico, depende da existência dos agentes desse campo e das relações objetivas entre os mesmos. Dentro do campo da medicina, pode-se identificar diversos agentes e instituições disputando melhores posições nesse campo, utilizando como armas

convencionais do campo o acúmulo de capital científico, social ou simbólico para alcançar a colocação almejada na estrutura.

A estrutura dessas relações objetivas determinará o que os agentes poderão ou não fazer, orientando mesmo que negativamente a tomada de posição dos agentes desse campo. Em outros termos, a compreensão dos discursos da classe médica, do Estado, da indústria farmacêutica, dos pacientes e de tantos outros agentes possíveis do campo da medicina, somente estarão evidentes quando for possível referir a posição ocupada por esse agente dentro do campo. Assim, a compreensão total da intenção do discurso do agente ou da instituição somente será possível quando se souber o lugar ocupado pelo mesmo. Tal estrutura estará determinada diretamente pela distribuição do capital – que poderá ser científico, social, econômico e até simbólico – dos agentes e instituições num determinado momento.

Dessa forma, cada agente em relação aos demais, estabelecerá à estrutura do campo em proporção ao seu capital em consonância com o capital dos demais agentes presentes neste espaço. O capital do agente, ou de cada agente, resultará inversamente as pressões da estrutura sobre ele, ou seja, quanto maior o capital, menor será a pressão exercida pela estrutura sobre esse agente. Neste direcionamento, seria possível imaginar o capital científico, econômico, social e simbólico da indústria farmacêutica ou mesmo da Associação Americana de Psiquiatria (APA) dentro deste campo de forças e de disputas, buscando manter a estrutura do campo da medicina, a partir da tomada de posição relativa ao conjunto de objetos importantes a serem pesquisados e até mesmo financiados por órgãos oficiais, podendo requisitar a ação de seu capital social, ou mesmo apresentar seu capital econômico em última instância para influenciar a tomada de decisão dos demais agentes e instituições presentes neste campo (BOURDIEU, 2004).

A manipulação do campo por algum agente específico, segundo Bourdieu, não constitui tarefa fácil, porém as relações de força do campo implicam em tendências e probabilidades objetivas. Neste sentido, pode-se observar que o tamanho do capital científico, econômico ou simbólico de um agente poderá definir as regras do jogo e a sua regularidade. Essas leis poderão, então, determinar, por exemplo, a importância de um tema ou de uma linha de pesquisa. O capital científico poderá se constituir em capital simbólico considerando o conhecimento e o reconhecimento atribuído pelo conjunto de pares no interior desse campo. Sutilmente, a intenção da indústria farmacêutica de financiar institutos, pesquisas e pesquisadores e a requisição de pareceres de consultores envolvidos no estabelecimento dos parâmetros do manual de diagnóstico da APA deformará o campo, atingindo todos os agentes relacionados, e de

forma mais ostensiva toda uma série de objetos de pesquisa. Assim, ocorre o reconhecimento do capital científico, pelos agentes e instituições desse campo, possibilitando a criação ou ampliação do capital simbólico de um determinado agente. Esse acúmulo de capital tornará possível a objetivação do campo. (BOURDIEU, 2004; ANGELL, 2007; CAPONI, 2012)

O trabalho de objetivação demonstra a especificidade do campo, por meio do acordo dos agentes sobre os princípios de verificação do "real" ou da realidade objetiva. A aceitação tácita dos métodos de validação de teses e hipóteses estará inseparavelmente ligado ao regimento político e cognitivo desse trabalho. A consequência direta dessa aceitação refletirá na construção das representações da realidade ou da expressão dessa realidade no mundo social, ou seja, as representações realistas estarão fundadas na imposição de uma verdade apoiada em métodos, instrumentos científicos e técnicas de experimentação coletiva do campo. Dessa forma, a medicalização dos comportamentos da infância, estaria em busca do arcabouço argumentativo a partir da construção de métodos sancionados por agentes concorrentes dentro desse campo, fazendo valer sua maneira de ver a representação dessa realidade. Por essa via, poderia-se demonstrar cientificamente a necessidade da intervenção sobre o comportamento normal de uma criança, que nessa representação, seria entendido como patológico ou precursor de uma patologia na fase adulta. (BOURDIEU, 2004)

A demonstração dessa realidade será feita a partir de um capital científico que poderá ser puro ou institucionalizado, apresentando-se sujeito a duas formas de poder, um poder ligado a ocupação de posições importantes dentro de instituições científicas, poder esse institucional e institucionalizado, chamado de capital científico temporal ou político, e um poder específico, outra forma de capital científico, assegurado pelo "prestígio" pessoal, em outras palavras, a partir do reconhecimento institucionalizado ou não dos pares, ou ao menos da fração mais representativa destes. O capital científico puro, dentro do campo da medicina, deveria estar mais atrelado a esse poder específico pessoal, diferente do capital científico institucionalizado mais exposto ao poder político, neste caso, entendido como posição ocupada na hierarquia da instituição. Considerando a ocorrência do acúmulo do capital científico puro por meio das contribuições, invenções e descobertas em prol do progresso da ciência, seria possível relacionar esse tipo de capital aos pesquisadores voltados para o desenvolvimento de fármacos para a produção de medicamentos. (BOURDIEU, 2004; ANGELL 2007)

De modo paradoxal, a inovação científica somente ocorrerá com uma ruptura social do paradigma atual, com a possibilidade do

acúmulo das duas formas de capital científico, havendo de maneira ponderada a coexistência do poder político e do poder científico em um mesmo agente do campo. A grosso modo, para que haja uma quebra do paradigma biologicista, seria necessário a acumulação por um agente ou instituição de dentro do campo, tanto da força política para gerar a mudança nas instituições quanto do reconhecimento pelos pares de seu poder científico para promover a ruptura do paradigma vigente. Para tanto, o peso dos capitais científico, econômico, social e simbólico dos agentes necessitariam estar ponderadamente acumulados em um certo agente ou instituição, num determinado momento e contexto do campo da medicina. Essa conformação da estrutura do campo possibilitaria a quebra do paradigma vigente. Todavia, parecem não haver indícios nesse sentido. (BOURDIEU, 2004)

Os agentes presentes no campo médico parecem não possuir capital ou capitais acumulados para proporcionar uma confrontação de capitais perante os agentes dominantes e detentores dos capitais necessários para manter as relações de força dentro de uma certa estabilidade. Em outras palavras, o capital simbólico acumulado pela indústria farmacêutica mantém uma desproporcionalidade em relação aos demais agentes presentes no campo da medicina, de maneira a dificultar o ganho de posições dentro do campo ou a aferição de lucro específico do campo. Ou seja, mesmo o Estado, representado dentro do campo pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), parece não deter capital suficiente para realizar ou iniciar uma confrontação ao capital acumulado pela indústria farmacêutica com o intuito de possibilitar uma quebra de paradigma. Neste sentido, mesmo dispondo de capital econômico, social ou científico, a ANVISA mantém-se como órgão normativo e regulador das relações comerciais do processo de medicalização, não havendo de maneira incisiva ações no mundo social, no qual o campo da medicina estaria inserido e submetido também a essas regras, além de suas próprias leis internas, atualmente mais intensas que aquelas do mundo social. (BOURDIEU, 2004; ANGELL 2007)

Dentro dessa perspectiva, a intersecção do campo científico e do campo da medicina guarda suas representatividades e influências, de um para campo com o outro, mediadas por percepções dos agentes dos capitais presentes nesta intersecção. Assim, um campo terá maior autonomia na medida em que estiver menos permeável as pressões do outro campo. Um campo científico autônomo poderia fornecer capital científico puro aos pesquisadores, para que esses pudessem agregar prestígio e poder político dentro do campo. Dessa forma, alcançariam melhores posições dentro do campo pelo acúmulo de capital simbólico, podendo tornar a disputa por

colocações dentro do campo menos díspares. No entanto, a pressão do campo da medicina sobre o campo científico, especificamente sobre os agentes envolvidos na produção de medicamentos, parece ter tornado esse campo bastante suscetível a influência do capital simbólico, do social e, principalmente, do capital econômico presente na intersecção dos campos. (BOURDIEU, 2004)

A compreensão da lógica dos efeitos simbólicos de posições e de recursos advém de uma “econômia dos bens simbólicos” (da qual a economia propriamente “econômica” não é senão uma das dimensões), que dá conta das estratégias de acumulação, de reprodução e de reconversão das diferentes espécies de capital por um agente ou instituição, com vistas a manter ou melhorar sua posição no espaço social do campo.

A utilização, consciente ou não, por parte da indústria farmacêutica e da medicina, em especial a psiquiatria, de um capital social formado, em parte, por especialistas, pesquisadores, médicos e complexos industriais possibilitam a estruturação de um capital simbólico possível de determinar normas e estratégias normalizadoras sobre todos, ou quase todos, os aspectos da vida humana.

3 REVISÃO DOCUMENTAL E BIBLIOGRÁFICA: O CONTEXTO HISTÓRICO DOS ANSIOLÍTICOS

A busca por drogas com a capacidade de minimizar a ansiedade remonta ao início dos tempos da humanidade. Relatos mais antigos faziam menção o uso do etanol, na forma de bebidas alcoólicas, como os primeiros ansiolíticos descobertos pelo homem. Entretanto, o uso contínuo dessa substância trouxe consigo efeitos deletérios e indesejados. Outro composto largamente utilizado com esse fim foi o ópio, que por motivos semelhantes ao álcool também tornou-se inapropriado. (LADER, 1991).

No século XIX, Charles Locock obtém o brometo de potássio por meio de síntese química. Esse princípio ativo era dotado de propriedades antiepilépticas e sedativas. Os principais inconvenientes relacionados ao uso do brometo de potássio consistiam nos efeitos tóxicos e cumulativos do íon bromo, e no fato da dose terapêutica aproximar-se muito do limite de intoxicação. Apesar dos perigos atrelados ao seu uso medicinal, foi amplamente utilizado até quase os anos 1912.

Por volta dos anos de 1870, o hidrato de cloral e o paraldeído foram sintetizados com a finalidade de proporcionar, ao mesmo tempo, sedação e controle da ansiedade. No entanto, sua utilização foi rapidamente associada ao abuso e a quadros de dependência, tornando seu uso praticamente obsoleto.

Atuando nos laboratórios da Baeyer, Fischer e von Mering iniciaram o desenvolvimento de uma classe de fármacos conhecidos como barbitúricos, a partir da síntese química do barbital e do fenobarbital, em 1903 e 1912, respectivamente. Os barbitúricos induzem ao sono, tem ação sedativa e hipnótica, porém causam depressão do Sistema Nervoso Central (SNC) e, quando administrados em excesso, podem ocasionar o óbito do paciente. Nesses laboratórios, aproximadamente dois mil e quinhentos (2500) componentes foram desenvolvidos, e desses cerca de cinquenta (50) chegaram a ser comercializados. Entretanto, continuavam presentes os problemas da sobredosagem e da evolução para quadros de dependência.

Nos anos 1946 e 1950, a mefenesina e o meprobamato foram descobertos, nesta ordem. Esse último teve rápida aceitação, devido aos pronunciados efeitos ansiolítico e relaxante muscular, sendo utilizado, aproximadamente, até 1964, quando fortes indícios davam conta dos riscos alarmantes da dependência física no homem. Nesse ínterim, a pesquisa por fármacos mais seguros e com menor risco de dependência permanecia constante entre os pesquisadores.

Em meados dos anos de 1930, o Dr. Leo Sternbach, um pesquisador de origem áustro-polonesa, realizava estudos ao longo de sua pós-graduação com um grupo de compostos químicos denominados como heptoxdiazinas. Durante a Segunda Guerra Mundial, no ano de 1941, esse pesquisador imigrou para os Estados Unidos e começou a trabalhar nos laboratórios da Hoffmann-La Roche. O Dr. Sternbach realizava pesquisas em diversos segmentos, e a busca por fármacos com efeitos ansiolíticos estava entre as suas prioridades. Entretanto, somente em 1957 retomou a pesquisa sobre um dos produtos químicos que foi objeto de sua investigação acadêmica: o methaminodiazepóxido ou clordiazepóxido, como foi finalmente batizado, o qual até aquele momento era considerado um tipo de substância inerte.

As análises realizadas pela Roche com o clordiazepóxido demonstraram os efeitos hipnóticos, sedativos e ansiolíticos mais pronunciados que o meprobamato, até então o composto mais promissor da época. Em 1958, começaram os testes clínicos e, em 1960, o clordiazepóxido começava a ser vendido com o nome comercial de Librium. Nos anos seguintes, outros produtos químicos foram desenvolvidos criando um grupo farmacológico identificado como benzodiazepínicos, constituído por mais de trinta e cinco (35) fármacos. Esses compostos receberam largas aplicações dentro da clínica médica e, para uma importante variedade de distúrbios. (LADER, 1991)

3.1 CONHECENDO OS BENZODIAZEPÍNICOS

Os benzodiazepínicos (BZDs) apresentam propriedades químicas e orgânicas compartilhadas pelos demais componentes dessa categoria farmacológica. Esse compartilhamento de ações não ocorre ao acaso, deriva de uma estrutura química formada pela presença de um anel benzênico fundido a um anel diazepínico de sete átomos. Tal fusão determina, entre outras coisas, o nome do agrupamento desses compostos chamados então benzodiazepínicos. O clordiazepóxido iniciou a série desse grupo e, as modificações realizadas nessa estrutura determinaram o desenvolvimento dos mais de trinta e cinco elementos conhecidos atualmente (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2010).

Outra consequência relacionada a estrutura química desses fármacos implica nos tempos de ação sobre o SNC e de meia vida dos benzodiazepínicos. Conforme a alteração efetuada na estrutura química do medicamento, esses agrupam-se como de curta, de intermediária e de longa duração. As modificações na estrutura determinam o caráter hidrossolúvel ou lipossolúvel dos mesmos, influenciando diretamente na velocidade de

início dos efeitos sobre o SNC. Assim, quanto mais lipossolúvel, mais rápido começam a atuar sobre o SNC. As ações mais destacadas dos BZDs sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) resultam em sedação, hipnose, redução da ansiedade, relaxamento muscular, amnésia anterógrada e atividade anticonvulsivante. (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2010).

Os BZDs distribuem-se amplamente pelo organismo após sua administração, atravessando, inclusive, as barreiras hematoencefálica e placentária. Ligam-se com alta afinidade a sítios alostéricos específicos do receptor GABAérgico - GABA_A (receptor do ácido gama-aminobutírico - GABA). Essa ligação resulta no controle da atividade do receptor, provocando a abertura do canal do íon cloreto e a elevação da condutância do cloreto. Dessa forma, acarreta no aumento da hiperpolarização e na posterior inibição da despolarização do neurônio, e assim, contribui para diminuir a excitabilidade neural. Os benzodiazepínicos (BZDs) agem somente na presença do GABA, responsável pela abertura do canal iônico. Portanto, os BZDs atuam no processo de acoplamento e desacoplamento do GABA com seu receptor. (RANG et al., 2007)

Segue, como informativo, uma relação de alguns benzodiazepínicos com seu nome comercial, fabricante e ano de lançamento: Clordiazepóxido (Librium/ Roche) 1960, Diazepam (Valium/ Roche) 1963, Nitrazepam (Mogadon/ Roche) 1965, Oxazepam (Serenid/ Wyeth) 1966, Medazepam (Nobrium/ Roche) 1971, Lorazepam (Ativam/ Wyeth) 1972, Clorazepato (Tranxene/ Boehringer) 1973, Flurazepam (Dalmane/ Roche) 1974, Temazepam (Euhypnos/ FCE) 1977, Triazolam (Halcion/ Upjohn) 1979, Clobazam (Frisium/ Hoechst) 1979, Ketazolam (Anxon/ Beecham) 1980, Lormetazepam (Noctamid/ Schering) 1981, Flunitrazepam (Rohypnol/ Sauter) 1982, Bromazepam (Lexotan/ Roche) 1982, Prazepam (Centrax/ Warner) 1982, Alprazolam (Xanax/ Upjohn) 1983. (LADER, 1991)

3.2 O CONTROVERSO USO DOS BENZODIAZEPÍNICOS

Sobre os medicamentos benzodiazepínicos (BZDs), encontram-se com bastante frequência relatos e indícios de seu uso abusivo em praticamente todas as partes do mundo, embora o Conselho Internacional de Controle de Narcóticos (2009) considere não haver estudos consistentes sobre essa prática na maioria dos países. O abuso de benzodiazepínicos, isoladamente ou em combinação com álcool ou drogas ilícitas, como a cocaína, heroína ou metilenodioximetanfetamina (MDMA) ("ecstasy"), constituiu-se em um importante problema de saúde pública na

maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2009)

Esse abuso frequente estaria associado a vários aspectos, entre os quais destaca-se, a prescrição excessiva, a facilidade de obtenção do medicamento de forma ilícita, o uso irracional do medicamento e o compartilhamento entre pessoas de um mesmo círculo social. Também ocorre o consumo para finalidades diferentes daquelas para as quais foram indicadas o medicamento. As orientações de uso mais comuns dizem respeito ao tratamento de transtorno de ansiedade (TA), transtorno do pânico (TP), fobia social (FS) e transtorno do humor. (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

Ainda sobre o uso desses medicamentos, parece haver a falta de informação em relação a terapia com BZDs, principalmente no tocante ao tempo de duração do tratamento. Quando a utilização ultrapassa o período de 4 a 6 semanas, tende a ocasionar o desenvolvimento de tolerância, de abstinência e até mesmo de dependência. A facilidade na aceitação dos BZDs pode estar associada ao preço relativamente baixo do produto e a divulgação positiva por parte dos usuários crônicos sobre seus efeitos benéficos, além das poucas ou quase nulas reações adversas mencionadas por esses pacientes, favorecendo a adesão ao medicamento. A imagem dos BZDs junto aos usuários auxilia na banalização do uso, por não ser considerado "remédio para louco", como são os outros medicamentos psicotrópicos. (ORLANDI; NOTO, 2005).

Charlson, et al. (2009), relatam não haver subsídios suficientes para determinar o risco de morte associado ao uso dos BZDs. Mesmo havendo a necessidade de cautela na interpretação desses resultados, esses dados refletem as evidências encontradas na literatura, que informam haver elevada segurança no tratamento com BZDs.

O tratamento da insônia com BZDs está associado com o aumento no tempo de duração do sono. Entretanto, esse benefício parece ser minimizado quando considerados alguns efeitos indesejados que ocorrem nos dias que se sucedem ao uso (confusão, quedas e acidentes com veículos motores). Sendo assim, os benzodiazepínicos não proporcionariam uma grande vantagem estatística sobre o efeito do placebo, não demonstrando ser uma alternativa farmacêutica claramente eficaz e segura. (HOLBROOK et al., 2000).

O tratamento da depressão menor carece de estudos clínicos randomizados comparativos entre a utilização de placebo, de BZDs e de outros antidepressivos. Tal constatação dificulta a avaliação da eficácia desses tratamentos. Na prática clínica, parece ser frequente a prescrição de BZDs para esse tipo de distúrbio. Entretanto, o risco do uso indevido dos

BZDs, bem como, os sintomas de dependência e as crises na retirada dos mesmos superaram quaisquer benefícios potenciais, relacionados com o rápido efeito ansiolítico dos BZDs nesses casos. (BARBUI et al., 2011)

A associação de BZDs e antidepressivos tricíclicos (ATC) no tratamento da ansiedade generalizada e da depressão apresenta visões contraditórias. Um ponto de convergência entre os estudos está em evidenciar o elevado grau da ocorrência da comorbidade entre a ansiedade e a depressão. Estudos randomizados realizados, entre 1968 e 1994, para avaliar a efetividade dos BZDs no tratamento da depressão, indicam a falta de um efeito adequado desses medicamentos. Ocorre uma certa eficácia nesses tratamentos quando da utilização do alprazolam em associação com ATC, porém ainda com resultados inferiores ao uso isolado dos ATCs para casos clínicos semelhantes. (BIRKENHAGER; MOLEMAN; NOLEN, 1995).

Na clínica médica, a combinação de um BZDs com um ATC, em geral, oferecem ao paciente alguns benefícios como o controle mais rápido da ansiedade, a redução da ansiedade ou da agitação induzida pela utilização do ATC, que poderiam ocorrer no início da terapia, além de um melhor controle e adesão à terapia antidepressiva. Com base nessas vantagens, enfatiza-se os efeitos positivos da associação de BZDs e ATC sobre a terapia monodroga no tratamento da ansiedade e da depressão comorbida. (DUNLOP; DAVIS, 2008)

Por outro lado, o estudo de Furukawa et al. (2001), demonstra não haver evidências consistentes que comprovem a eficácia dessa terapia conjunta. Essa ressalva inclui a necessidade do diálogo entre o médico e o paciente, com objetivo de esclarecê-lo sobre os potenciais riscos de dependência e a possibilidade da descontinuidade do tratamento por abandono, quando da referida associação. O estudo também reforça a percepção cotidiana da clínica médica sobre a frequente utilização associada de BZDs e ATC para o tratamento comorbido de ansiedade e de depressão.

3.3 A PRODUÇÃO MUNDIAL DOS BENZODIAZEPÍNICOS

Atualmente, trinta e cinco (35) BZDs estão sob o controle e monitoramento internacional. Desses, trinta e quatro (34) estão classificados como sedativos-hipnóticos e ansiolíticos. Segundo o Conselho Internacional de Controle de Narcóticos (INCB), as principais aplicações

dos BZDs na prática médica são para pré-medicação e para a indução da anestesia geral².

No ano de 2010, o diazepam e o alprazolam mantiveram os maiores volumes de fabricação, naquele ano os principais fabricantes de BZDs foram a Itália e a China, respondendo por sessenta por cento (60%) e quatorze por cento (14%) do total produzido, respectivamente. O clonazepam, classificado pelo INCB como anti-epiléptico, tornou-se uma das substâncias psicotrópicas mais utilizadas no ano de 2010. Esses dados confirmam o aumento da fabricação e do comércio internacional verificado na última década. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012a).

De acordo com o relatório, o flunitrazepam é o BZDs que continua sendo utilizado de forma abusiva com maior frequência. Preparações farmacêuticas contendo flunitrazepam são desviadas do mercado legal e contrabandeadas para os países em que há demanda ilícita desse medicamento. Nesse sentido, vários países, incluindo os principais fabricantes e importadores de flunitrazepam, decidiram adotar políticas rigorosas de controle desse medicamento, em estreita cooperação com a indústria farmacêutica. Dessa forma, a grande maioria das supostas preparações contendo a substância que são vendidas no mercado ilegal não passam de produtos falsificados sem o princípio ativo. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012b)

Desde 2001, o aumento da fabricação de BZDs classificados como ansiolíticos permanece constante. Entre 2007 e 2009, a produção de alprazolam e diazepam representaram aproximadamente sessenta por cento (60%) do total de BZDs produzidos. Os percentuais de produção dos BZDs, em 2010, estão distribuídos da seguinte forma: diazepam 32%; alprazolam 25%; lorazepam 20%; bromazepam 7%; clordiazepóxido 2,8%; oxazepam 2,5%; clorazepato 2,4%; nordazepam 1,7%; tetrazepam 1,5%; clobazam 1,1%; os outros BZDs juntos somam 4% do total da produção mundial. A

² O INCB atua na aplicação das convenções internacionais de controle de drogas estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU). Os relatórios anuais abarcam, entre outras informações, as previsões mundiais de consumo de psicotrópicos para fins médicos e científicos, e relacionam as estatísticas sobre os precursores e produtos químicos utilizados na manufatura de drogas ilícitas e psicotrópicos. Entretanto, o relatório estudado carece de dados mais fidedignos, pois alguns dos grandes fabricantes mundiais não realizaram o envio das informações referentes ao ano de 2010, afetando de modo consistente a abrangência e a análise das informações sobre os benzodiazepínicos. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012b)

China, a Índia e a Itália foram os principais fabricantes de BZDs no período de 2001 a 2009. Apesar da Índia não ter enviado para o INCB o relatório sobre a sua produção de medicamentos no ano de 2010, ainda assim a China e a Itália representaram juntas cinquenta e nove por cento (59%) da produção global desse tipo de ansiolíticos. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012b)

3.4 OS ATUAIS MECANISMOS DE DESVIO DOS BENZODIAZEPÍNICOS

Devido às medidas de fiscalização realizadas em cooperação com os diversos atores envolvidos na cadeia produtiva dos BZDs, não foram identificados casos recentes de desvio dessas substâncias para canais ilícitos. Todavia, encontram-se vestígios dessa prática com a utilização de formulários falsificados de autorização de importação. As autoridades Indianas vieram a suspeitar das guias de importação provenientes da Malásia. Na averiguação junto ao governo da Malásia houve a confirmação da irregularidade do processo para importar midazolam. O uso indevido deste BZD é amplamente difundido no leste asiático. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012a)

Em outra via paralela, a lista de precursores de substâncias psicotrópicas dificulta a fabricação ilícita desses fármacos e obriga os traficantes a utilizarem precursores não listados. As listas de precursores são atualizadas com frequência pelo Conselho e contemplam as substâncias sob controle internacional, compreendendo narcóticos, substâncias psicotrópicas e as substâncias mais utilizadas na produção ilegal de entorpecentes e substâncias psicotrópicas. As operações de fiscalização realizadas revelaram a flexibilidade dos traficantes na busca por novos produtos químicos. Outra constatação relevante aponta para a magnitude e a complexidade dessa atividade ilícita diante da quantidade de remessas de medicamentos psicotrópicos apreendidos e do número de laboratórios de produção clandestina desativados.

Como consequência do maior controle dos psicotrópicos e de seus precursores, ocorre o desencaminhamento desses medicamentos a partir dos canais legais de distribuição. Essa situação acontece visando abastecer o comércio ilegal de drogas lícitas, tendo a possibilidade de atender a demanda no país onde ocorreu o desvio, ou ser contrabandeada para outros países em que exista o mercado ilegal para a substância. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012a)

As apreensões efetuadas possibilitam a identificação dos problemas, mas os métodos utilizados para realizar o desvio de

medicamentos permanecem incógnitos. Contudo, os usuários crônicos ou dependentes de BZDs podem encaminhar as autoridades pelo percurso transcorrido para as formas de obtenção ilícita.

Nesse sentido, o roubo de medicamentos e o descumprimento das normas para o atendimento das prescrições, por parte de algumas farmácias, constituem importante objeto para fiscalização. Ademais, a solicitação de receituário pelos pacientes a vários médicos, prática conhecida como "*doctor shopping*", proporciona outra forma alternativa de comercialização ilegal dos benzodiazepínicos.

Há indícios de organizações criminosas recorrendo a médicos para realizarem a prescrição de BZDs sem a devida justificativa clínica. Nesse cenário, pessoas que se passam por pacientes simulam sintomas com a intenção de receber os receituários para esses medicamentos. Esse tipo de desvio dos canais legais que se caracteriza, em um primeiro momento, por obter pequenas quantidades de medicamento consiste em um importante meio para atender a crescente demanda em muitos países, destinada para a utilização indevida desses medicamentos.

A maioria dos governos denotam não ter capacidade efetiva para fiscalizar as remessas de substâncias psicotrópicas enviadas pelos serviços de correios ou de entregas rápidas, incluindo as aquisições realizadas através de farmácias ilegais na internet. A origem desses preparados farmacêuticos contendo BZDs, em geral, é atribuída a países como a Índia, os Estados Unidos, a China e a Polônia. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012a)

Mesmo havendo proibição³ por parte dos buscadores de sites da utilização de marcas registradas há possibilidade de uma diversificação nos modos de ação das farmácias ilegais que atuam na internet. As alternativas de divulgação dos produtos passaram a ser as redes sociais e os correios eletrônicos indesejados (*spam*). Cerca de vinte e cinco por cento (25%) de todos os correios eletrônicos indesejados dizem respeito ao anúncio de medicamentos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de cinquenta por cento (50%) dos remédios adquiridos nas farmácias ilegais atuantes na internet seriam falsificados. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012a)

³ Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) número 44, de 17 de agosto de 2009, em seu Art. 54, "É vedada a utilização de imagens, propaganda, publicidade e promoção de medicamentos de venda sob prescrição médica em qualquer parte do sítio eletrônico".

3.5 O CONSUMO ABUSIVO DOS BENZODIAZEPÍNICOS NO MUNDO

O relatório de 2011 do INCB contém informações atualizadas sobre o consumo abusivo de BZDs e conta com a participação de cento e noventa e sete (197) membros informantes. Divididos e agrupados conforme a sua localização geográfica constando à África, América Central e Caribe, América do Norte, América do Sul, Ásia Oriental e Sudeste Asiático e Ásia Meridional.

Consta nesse relatório que os dados e estudos relacionados ao consumo abusivo de BZDs na maioria das regiões africanas são considerados escassos ou inexistentes. No entanto, os medicamentos dispensados com prescrição de receita para finalidade não medicinal continuam causando problemas. Soma-se a esse quadro então, as dificuldades do sistemas de saúde da África em atender e tratar os dependentes de drogas lícitas, não sendo raro a prestação dessa assistência aos dependentes químicos por governos e organizações internacionais. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012a)

Os membros do INCB demonstram uma preocupação especial com a América Latina, devido ao consumo elevado e incomum dos BZDs nessa região. Países como a Argentina e o Uruguai encabeçam a lista de maiores consumidores desses medicamentos. Os principais indícios estão relacionados aos medicamentos utilizados de forma abusiva, e também ao contrabando dos mesmos para países vizinhos. O Brasil considerado como importante fabricante e exportador de substâncias psicotrópicas, segue sendo citado pelo comitê como país-membro com dificuldades em apresentar os dados estatísticos dentro do prazo previsto. Essa dificuldade possivelmente tem relação com extensão continental do país, com as diferenças de estrutura dos mais de cinco mil (5000) municípios na realização da coleta e envio de informações, e com a implementação de um sistema informatizado de coleta de dados nacional, somente a partir do ano de 2007. Mesmo havendo esse sistema nacional, os dados fazem menção somente às farmácias comerciais e as indústrias farmacêuticas estando fora da abrangência desse sistema, chamado de Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), os medicamentos psicotrópicos distribuídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, há uma movimentação da ANVISA no sentido de estender essa cobertura sobre todos os estabelecimentos em que ocorra a distribuição desse tipo de medicamento. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012a; BRASIL, 2011b)

A região da Ásia preocupa os representantes do INCB, da mesma forma que, a América Latina, pelo aumento da demanda por BZDs sem fins médicos, e também pelo tráfico desses medicamentos. Tal preocupação está provavelmente apoiada na atual condição da região como importante produtor de insumos para indústria química e farmacêutica, posição essa alcançada, em parte, devido as complacentes leis ambientais em vigência. De uma forma geral, esses insumos sintetizados podem apresentar baixo grau de pureza e, quando encaminhados a países Europeus passam por etapas de refino nas grandes indústrias farmacêuticas transnacionais. Em 2010, na Malásia, as apreensões de comprimidos de benzodiazepínicos ultrapassaram os trezentos (300) quilogramas, sendo a maior parte desses medicamentos contrabandeados proveniente da Índia. Na Tailândia e, em Hong Kong, as apreensões mais frequentes dizem respeito ao comércio realizado por farmácias ilegais na internet cujos medicamentos são distribuídos pelo sistema de postagem. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012a)

Puangkot, et al. (2010), realizaram um estudo para interpretar o uso indevido, o abuso e a dependência dos BZDs na população em geral da Tailândia. O estudo apresenta limitações, em parte, pela falta de outros estudos com a mesma proposta naquele país. Contudo, os resultados apontam uma prevalência de cinquenta e sete por cento (57%) de abuso entre os usuários de BZDs. Uma outra constatação parte dos médicos ao reconhecerem o crescimento da utilização abusiva desses medicamentos, que pode tornar-se um severo problema para o sistema de saúde local.

Nas Filipinas, Indonésia e Malásia, o abuso de BZDs parece particularmente popular entre os jovens na faixa etária de quatorze anos, e também entre os usuários de heroína, que buscam prolongar os efeitos da droga ilícita e diminuir os sintomas da abstinência.

Na Índia, o consumo indevido de benzodiazepínicos ocorre com frequência, e também o contrabando desses para alguns países da Europa, para os Estados Unidos e o vizinho Nepal. Outro dado preocupante consiste na aplicação de alprazolam e diazepam como adulterantes na produção de heroína ou até mesmo como produtos de base para a produção ilegal dessa droga ilícita. Os medicamentos contendo BZDs tem seu consumo abusivo facilitado na Índia pela falta de controle de algumas farmácias na dispensação dos mesmos, e inclusive, pelo fato de alguns outros remédios com esses princípios ativos, ainda serem comercializados como de venda livre. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012a)

Em países do Oriente Médio, o consumo de medicamentos contendo BZDs, dispensados com receita médica, vem aumentando a ponto

de se tornar um problema de saúde pública declarado. A Arábia Saudita, o Qatar e o Kuwait realizaram importantes apreensões desses preparados na forma de comprimidos e destinados ao tráfico. No Kuwait, cerca de dezesseis por cento (16%) da demanda para tratamento de dependência está relacionada ao abuso de BZDs. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012a)

Ahmer et al. (2009), em estudo sobre o padrão de uso de BZDs por pacientes no Paquistão, revela haver um elevado risco de desenvolvimento de dependência nos pacientes ambulatoriais. Nesses pacientes, a prevalência de abuso chega alcançar trinta por cento (30%). Todavia, não foram identificados estudos consistentes sobre o uso abusivo de BZDs por parte dos pacientes psiquiátricos.

A empresa privada IMS Health, uma provedora de informações, serviços e tecnologia para área de saúde, divulgou, em 2011, uma lista contendo os vinte e cinco (25) medicamentos mais consumidos nos Estados Unidos. A listagem é encabeçada desde 2005 pelo alprazolam, um BZD utilizado como ansiolítico. De acordo com as informações divulgadas por essa empresa, mais de quarenta e sete milhões de prescrições contendo alprazolam foram realizadas em 2011. Constam ainda nessa lista o lorazepam, como quarto colocado, alçado em tal posição com mais de vinte e sete milhões de receituários, e ainda o diazepam, em nona colocação, superando a faixa dos catorze milhões de medicamentos prescritos. (GROHOL, 2012).

No Reino Unido, desde julho de 2011, o BZD fenazepam teve proibida a sua importação, pois mesmo não tendo aplicação médica definida nesse país, havia o problema da sua aquisição facilitada através de farmácias ilegais atuantes na internet. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2011).

Dois outros problemas relacionados ao abuso de BZDs preocupam o sistema de saúde na Inglaterra. O primeiro, é o crescente número de prescrições médicas contendo benzodiazepínicos. Na Inglaterra, as prescrições emitidas durante o ano de 2011 ultrapassam os onze milhões de receituários. O segundo, é a quantidade insuficiente de serviços de apoio e tratamento aos dependentes e usuários crônicos. As estimativas publicadas em 2011 sugerem que cerca de um milhão e meio de pessoas no Reino Unido estão viciadas em BZDs. (ADDICTION RECOVERY FOUNDATION, 2011)

Na União Europeia, existe um projeto integrado que busca estudar o grau de entorpecimento causado por medicamentos psicoativos em condutores de veículos automotores. Entre os anos 2007 e 2009, aproximadamente dez por cento (10%) dos motoristas que sofreram

acidentes graves haviam consumido benzodiazepínicos. Também observou-se a prevalência dessas substâncias nos acidentes resultantes em morte do condutor. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012a)

E finalmente, os dados relativos as apreensões de medicamentos psicoativos na Oceania, em especial de BZDs utilizados para fins não medicinais, apresentaram considerável aumento, partindo de 206 ocorrências em 2008/2009 para 585 apreensões em 2009/2010. As principais fontes de obtenção são as farmácias ilegais na internet com suas remessas de medicamentos oriundas da Índia, do Reino Unido, da Tailândia e do Paquistão. Uma outra forma de desvio ocorre pelos canais normais de distribuição, mediante receituários médicos prescritos de forma excessiva, falsificação de receitas e até mesmo pela prática de "*doctor shopping*" por parte dos pacientes. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012b)

3.6 A EVOLUÇÃO DO CONSUMO DO CLONAZEPAM NO MUNDO

Os dados do relatório do INCB de 2011, demonstram que exportações mundiais do clonazepam aumentaram de pouco mais de meia (0,5) tonelada em 1995 para mais de dez (10) toneladas em 2009. O crescimento médio corresponde a setecentos e cinquenta (750) quilogramas ao ano e, equivale a vinte vezes a quantidade produzida em 1995, em um período de catorze anos. Os principais exportadores de clonazepam nesses anos foram a Suíça e a Itália. Em 2010, o total das exportações da substância alcançou novamente dez (10) toneladas. Nesse ano, os Estados Unidos e Suíça despontaram como os maiores importadores de clonazepam, com as importações atingindo 1,7 e 1,6 toneladas, respectivamente. Na sequência, aparecem como importadores o Brasil, o México, a Espanha, a Argentina, a França, a Itália, o Canadá, o Japão, o Bangladesh, o Chile, a Hungria e a Índia, destacando-se pela importação desse BZD em quantidades superiores a cem (100) quilogramas.

A distribuição mundial do clonazepam abrangia cerca de cinquenta (50) países em 1995, passando a alcançar mais de 140 países no período compreendido entre 2008 e 2010. O consumo mundial calculado em doses diárias definidas (S-DDD)⁴ de clonazepam atingiu uma alta

⁴ Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma dose diária definida (DDD) ou doses diárias definidas (S-DDD) é a dose média diária de manutenção para um medicamento usado para a sua indicação principal, esta medida é realizada em adultos. Com esse tipo de definição torna-se possível a equivalência

recorde de 1,1 bilhão de S-DDD em 2008. Em 2010, esse valor ficou situado em 1,0 bilhão de S-DDD. Os maiores consumidores naquele ano foram os Estados Unidos (209 milhões de S-DDD), Brasil (206 milhões S-DDD), Argentina (73 milhões S-DDD), Canadá (71 milhões S-DDD), Hungria (71 milhões S-DDD) e a França (66 milhões S-DDD). As maiores taxas de consumo de clonazepam calculado em S-DDD por 1000 habitantes por dia, foram observadas na Hungria com dezenove (19), no Uruguai com seis (6), no Canadá com seis (6) e na Argentina com cinco (5) S-DDD por 1000 habitantes/dia. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012b)

Resultados decorrentes de pesquisas realizadas recentemente na França indicam uma ampliação no uso abusivo do clonazepam em relação aos demais benzodiazepínicos. A falsificação de receituários médicos tem se tornado a principal forma de obtenção do clonazepam. Cerca de vinte e três por cento (23%) das aquisições desse medicamento foram ilegais. Outra prática considerada ilegal e com peso relevante consiste no "*doctor shopping*", representando três por cento (3%) dos desvios desse medicamento. Os pesquisadores indicam a necessidade de reforçar o monitoramento desse BZD pelas autoridades de saúde da França. (FRAUGER et al. 2011)

3.7 A EVOLUÇÃO DO CONSUMO DO CLONAZEPAM NO BRASIL

No Brasil, os pesquisadores do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizaram, em 2001 e, em 2005, o I e o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas. Na avaliação dos dados, identificaram um crescimento no percentual de pessoas que fizeram *uso na vida* de benzodiazepínicos de 3,3% para 5,6%. De acordo com os dados disponibilizados nesses estudos, a faixa etária em que ocorre maior aumento no uso é de 35 anos ou mais. Há também um predomínio de usuários do sexo feminino. (CEBRID, 2005).

Dados mais recentes provenientes do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) demonstram o crescimento do consumo de clonazepam no Brasil. Os números divulgados em 2011 são relativos ao período compreendido entre 2007 a 2010, e fazem

das medidas estatísticas para fins de comparação entre regiões e países diferentes independente de fatores econômicos, por exemplo. Vale a ressalva que a DDD deve ser utilizada como unidade técnica de medida, e não como dose recomendável.

referência ao comércio de medicamentos psicotrópicos que ocorreram nas farmácias cadastradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Para o ano de 2007, foram comercializadas mais de vinte e nove mil (29.463) unidades fiscais dispensadas (UFD). Em 2008, a comercialização ultrapassou os quatro milhões e setecentas mil (4.784.730) UFD. No ano de 2009, as quantidades dispensadas quase atingiram a marca de sete milhões e quinhentas mil (7.498.569) UFD. E de maneira exponencial as vendas do medicamento clonazepam ultrapassaram a casa dos dez milhões (10.530.047) de UFD em 2010.

O clonazepam, o bromazepam e o alprazolam, nesta ordem, permanecem nas primeiras posições do levantamento compilado pelo SNGPC desde 2007. Nesse sentido, um rápido comparativo entre os três (3) primeiros medicamentos listados demonstra a proporção de crescimento do clonazepam. Enquanto o segundo e o terceiro apresentaram crescimento de aproximadamente um milhão (1.000.000) de UFDs ao ano, entre os anos de 2008 e 2010, o primeiro medicamento dessa lista cresceu cerca de três milhões (3.000.000) de UFDs ao ano. Isso significa dizer que, em 2010, foram consumidas cinquenta e seis (56) UFDs de clonazepam para cada 1000 habitantes no Brasil.

Nos estados como Ceará, Pará e Roraima nota-se o crescimento no consumo do clonazepam, porém esse medicamento não aparece na primeira colocação da listagem do SNGPC. O Amapá, até o momento, demonstra ser o único estado onde ocorre o caminho inverso em relação as quantidades vendidas de clonazepam, pois, em 2009, ocupava a segunda posição na tabela e, em 2010, caiu para a quarta posição entre os medicamentos psicotrópicos mais vendidos naquele estado. Observando os dados do SNGPC estima-se uma taxa média bruta (TMB) de crescimento das vendas do clonazepam próximo de 1,5 ao ano, ou seja, as vendas crescem em média uma vez e meia em relação ao ano anterior. Nesse sentido, os maiores crescimentos ficam por conta dos estados do Pernambuco, Alagoas, Roraima e Piauí com a TMB acima de 2,0 vezes ao ano e, nos estados de Minas Gerais, do Amazonas e de Goiás encontram-se as menores taxas com valores para TMB abaixo de 1,2 vezes ao ano.

Para uma melhor compreensão desses números, alguns esclarecimentos se fazem necessários. Em 2007, quando o SNGPC começou a funcionar, muitas farmácias não estavam totalmente adequadas para o envio das informações, tornando os dados pouco precisos. Já entre os anos de 2008 e 2010, as informações coletadas apresentam maior fidedignidade, tendo uma compatibilidade mais adequada entre as quantidades de UFDs dispensadas de um ano para o outro. Outro ponto importante sobre o relatório do SNGPC refere-se a abrangência dos dados,

uma vez que as informações disponibilizadas dizem respeito somente as unidades farmacêuticas vendidas nas farmácias e drogarias (caixas vendidas do medicamento). Isto é, não estão contabilizadas as preparações farmacêuticas realizadas em farmácias magistrais que contêm o princípio ativo clonazepam. Essa informação vem sendo coletada, porém ainda não constava nesse relatório. Há também outros locais de dispensação não atingidos pelo SNGPC como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os hospitais e os demais dispensários de medicamentos integrantes do Sistema Unico de Saúde (SUS), onde ocorre a dispensação do clonazepam para o tratamento dos usuários ou pacientes. (BRASIL, 2011b)

3.8 O CONTEXTO SOCIAL E O PERFIL DOS USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS NO BRASIL

A quantificação por meio de dados estatísticos de um perfil demográfico e predominante dos pacientes crônicos⁵, isto é, aqueles pacientes que utilizam de maneira continuada os benzodiazepínicos, acompanha as necessidades da vida moderna em atender aos anseios de consumismo da sociedade. Partindo desse entendimento, o valor numérico não tem um rosto, podendo ser qualquer um ou nenhum. Esse mesmo percentual pode ser extremamente representativo das características sócio-demográficas dos pacientes e, no entretanto, incipiente no tocante a condição humana destes pacientes em um determinado contexto social. A questão não se restringe a validade das informações estatisticamente apresentadas, mas sim da necessária captura das experiências da vida vivida de pessoas normais, que do ponto de vista biológico encontram-se submetidas ao tratamento medicamentoso de sua existência.

Seguindo nesta perspectiva, visitou-se os estudos de Alvarenga (2008), Carlini (2006), Firmino (2012), Mendonça e Carvalho (2012), Orlandi e Noto (2005), e Noto (2002) com a intenção maior de propiciar uma desestatificação do paciente crônico de BZD, diversamente àquela de questionar a validade, a metodologia e as informações obtidas destes estudos. Certamente uma questão estaria em aberto, qual o critério para a escolha destes estudos e não de outros? De fato as escolhas foram propositalmente aleatórias, porém os estudos selecionados representam com

⁵ Medicamentos de uso contínuo são aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e ou degenerativas, utilizados continuamente, geralmente períodos superiores a seis (06) meses. (BRASIL, 2001a). Doenças crônico-degenerativas são as doenças que apresentam evolução de longa duração, acompanhada de alterações degenerativas em tecidos do corpo humano. (BRASIL, 2001a).

qualidade e reprodutibilidade a diversidade de trabalhos sobre o tema, considerando-se haver a ocorrência de um estado de saturação dos estudos e a reprodução das informações em diferentes tipos de abordagens metodológicas. A partir desta constatação optou-se como critério o uso da metodologia qualitativa nestes estudos e a representatividade das informações a partir das citações destes em outros estudos.

Tomando Carlini (2006), como ponto de partida ao realizar uma pesquisa nas cento e oito (108) maiores cidades brasileiras relata a ocorrência do *uso na vida* em entrevistados com maior frequência do sexo feminino na faixa dos trinta e cinco (35) anos, porém não discorre sobre o contexto social do contato com os benzodiazepínicos.

Dessa forma, observa-se um aspecto relevante, embora não relacionado com a realidade desses pacientes: ao apontar somente a idade e o sexo dos mesmos apresenta uma importante constatação mediante levantamento de dados nas maiores cidades do Brasil.

Em estudo anterior, Noto (2002), ao avaliar as prescrições médicas, coloca em evidência o excesso de prescrições e a prevalência de pacientes do sexo feminino que fazem uso contínuo e prolongado dos benzodiazepínicos, entre eles o clonazepam. A autora do estudo conclui haver um esteriótipo na forma como as mulheres são apresentadas na publicidade da indústria farmacêutica e, sugere que esse enfoque poderia interferir na abordagem clínica dos prescritores, alterando a suscetibilidade para o diagnóstico de quadros ansiosos e de depressão no gênero feminino. Assim, a autora entende haver mais que uma questão de gênero, suscitando a ocorrência de fatores socioculturais como determinantes importantes desse panorama.

Nesta perspectiva, observa-se informações relacionadas de forma escassa com o contexto social do paciente, porém possibilitando um enfoque mais social diante das conclusões apresentadas. Desse modo, começam a aparecer peças importantes para o entendimento do quebra-cabeças do uso contínuo e elevado dos benzodiazepínicos. Sendo assim, tem-se como dados constantes o sexo, a idade, o esteriótipo produzido do paciente, a prescrição excessiva e o uso prolongado do medicamento, além dos elementos socioculturais.

No estudo de Alvarenga (2008), consolidam-se dados sociodemográficos dos usuários de benzodiazepínicos do município de Bambuí - SP. Neste estudo transversal, encontra-se um reforço da imagem do paciente crônico, que de forma predominante são mulheres com idade superior aos sessenta (60) anos, utilizando a medicação por um período superior a dois (02) anos, com a possibilidade de se prolongar por vários anos. Os medicamentos foram prescritos por especialidades médicas

diferentes da psiquiatria. Outro apontamento relevante desse estudo é a ausência de relação entre a renda familiar, a escolaridade e o uso de benzodiazepínicos. De modo conclusivo, fica evidente o uso crônico de benzodiazepínicos de meia-vida longa⁶ em idosos.

De maneira geral, tem-se a cronicidade no uso dos BZD, a prescrição excessiva e o predomínio dos pacientes do sexo feminino nos estudos apresentando-se de maneira marcante seja pela frequência com que se repetem os dados seja pela variedade de locais onde esses dados se reproduzem. O tamanho do município, a renda familiar e a escolaridade parecem ter pouca influência na construção do perfil dos usuários desses medicamentos. Outro elemento que integra esse panorama constitui-se na indicação dos BZD por diversas especialidades médicas.

Orlandi e Noto (2005), partindo da perspectiva dos profissionais de saúde sobre a prescrição, dispensação e o uso de BZD, apresentam elementos consoantes na utilização prolongada dos BZD. Os autores encontraram um período de uso geralmente superior a dois (02) anos, corroborado por relatos que indicam haver certa facilidade na obtenção de receituários, inclusive para fins não terapêuticos. Os profissionais de saúde entrevistados enfatizaram a ocorrência de dois tipos comuns de pacientes, o idoso com insônia e a mulher ansiosa de meia idade, havendo certa cumplicidade por parte dos prescritores, que em geral mantêm um grau de relacionamento com os pacientes.

No referido estudo é possível observar uma perspectiva carregada do discurso biologicista dos profissionais de saúde entrevistados que, em nenhum momento, permite identificar entre os sujeitos dessa pesquisa a busca por um entendimento mais abrangente das questões relacionados ao contexto social dos pacientes para além do biológico. No entanto, encontra-se na visão dos profissionais a figura da mulher ansiosa de meia idade e do idoso sonolento, reforçando o estereótipo dos pacientes usuários de BZD de forma crônica. Há também uma possível contribuição

⁶ A utilização de benzodiazepínicos de meia-vida longa recebe a indicação de inapropriado para o uso em idosos, considerando que os riscos superam os benefícios terapêuticos. Ao relacionar as alterações metabólicas de um organismo envelhecido, como a diminuição da excreção renal e metabolismo hepático, a queda do nível de albumina sérica e do volume de água corpórea, a diminuição da massa muscular e o aumento da gordura, resultam em aumento dos níveis plasmáticos e da meia-vida das drogas. Assim, o efeito do medicamento, que apresenta eliminação lenta, tem esse efeito exacerbado, podendo acarretar maior sedação diurna, quedas e prejuízo cognitivo. (ALVARENGA, 2008)

para o agravamento desse quadro diante da facilidade na obtenção de receituário e da prescrição excessiva inclusive para fins não terapêuticos.

No estudo de Firmino (2012), procede-se uma avaliação das indicações dos BZD, a partir das prescrições médicas, sendo que as principais indicações relatadas pelos médicos são a sua utilização como hipnótico ou ansiolítico. Ainda é possível encontrar nesse estudo, a ocorrência de indicações para "uso crônico/dependência". O estudo demonstrou haver inadequação dos receituários, tendo em vista a indicação e o tempo de tratamento com BZD, que evidenciam um alto percentual de inadequação na utilização de benzodiazepínicos, principalmente pelo uso prolongado e pela finalidade dos prescritores de atender a casos considerados como uso crônico/dependência. As prescrições, em mais de setenta (70%) por cento dos casos são direcionadas a pacientes do sexo feminino e, em pelo menos, vinte por cento (25%) dos casos para idosos. Os autores atribuem certa responsabilidade ao serviço de saúde na manutenção da dependência, e consideram essa cronicidade no uso de BZD o fator determinante na racionalidade da terapia. Não obstante os benefícios proporcionados pelos BZD, o uso prolongado e a utilização desses medicamentos em condições clínicas pouco definidas poderão acarretar iatrogênias importantes, tendo como indicações o tratamento da insônia e da ansiedade que são sintomas muito comuns e ligados intimamente a qualidade de vida dos pacientes.

De forma pronunciada neste estudo, parece evidente a ocorrência de pacientes do sexo feminino e idosos, fazendo uso de BZD por períodos superiores aos indicados na literatura, sendo que tal fato contribui para o agravamento do quadro clínico dos pacientes, associado a prescrição médica inadequada de BZD, inclusive para o "uso crônico/dependência". Assim, o manejo e a dependência desses pacientes tomam a conformação de condição de vida imutável, considerando a formação de um ciclo vicioso de dependência química, física ou psicológica, no qual o paciente é dependente porque utiliza o medicamento e por consequência, utiliza o medicamento por ser dependente. É nesse interím que o discurso biologicista e medicalizante ganha força a ponto de obscurecer, ofuscar ou até mesmo anular o contexto social dos pacientes, transformando os relatos da vida desses em explicações biológicas passíveis de tratamento medicamentoso.

Mendonça e Carvalho (2005), trazem importante contribuição para o entendimento desse mosaico relacionado ao perfil dos pacientes usuários de BZD. Em uma perspectiva qualitativa, busca demonstrar a influência do contexto socio-cultural extrapolando a relação médico-paciente. Neste estudo, encontra-se a maioria dos elementos constituintes

desse quebra-cabeça, com a colocação de novos elementos necessários para complementar essa visão. Neste sentido, aparece de forma privilegiada a figura da paciente do sexo feminino, com idade superior aos quarenta (40) anos, em tratamento com BZD por período superior a doze (12) meses, a qual tem como queixa principal a ansiedade, a tristeza, a insônia e o "nervosismo".

Essas pacientes parecem envolvidas em uma rede de relacionamentos conflituosos, familiares e pessoais, que influenciam o seu ambiente e as suas concepções. Nessas condições, os serviços de saúde aparecem como fornecedores de receituário diante da interpretação e conversão dos sintomas em questões biológicas a serem tratadas. Em outros termos, os conflitos familiares quando chegam aos médicos são rapidamente convertidos em insônia, tristeza, ansiedade e "nervosismo" para serem enquadrados em um diagnóstico. As questões de gênero relacionadas a jornada dupla e, às vezes, tripla de trabalho, o envelhecimento, as dificuldades econômicas e as coerções sociais são mascaradas quando da utilização dos BZD para o tratamento de um transtorno biológico. A disputa sobre o conhecimento e a utilização dos BZD em relação aos médicos aparece por vezes de forma conflituosa, outrora harmoniosa e até mesmo pedante. Neste sentido, a forma autônoma de utilização do medicamento conforme a conveniência e o contexto do momento cria uma condição paradoxal para a paciente quando a dependência do medicamento gera anulação de respostas ao sofrimento social relacionado ao gênero.

A alocação dos estudos de forma atemporal, ou seja, não respeitando a cronologia de suas realizações é proposital, visa demonstrar que o perfil dos usuários dos BZD não foi construído a partir dos estudos realizados, mas sim a partir de um processo com raízes históricas e culturais, do mesmo modo como as questões sociais, acompanhando um *continuum* de um modelo de reprodução dessas condições.

Para Foucault (1988), a partir do século XVIII ocorreu a formação de conjuntos estratégicos destinados a exercer coerção sobre a sexualidade, e um deles seria o processo de histerização do corpo da mulher. Nesse processo, o corpo feminino, carregado de sexualidade, foi analisado para ser qualificado e, posteriormente, desqualificado dessa representatividade sexual para poder ser incorporado ao campo das práticas médicas, agora subsumido a uma patologia intrínseca.

A Mãe é o último componente desse processo, condição quase que imputada ao corpo da mulher, pela qual pode-se assegurar a fecundidade de forma regulada, dentro do espaço familiar do qual seria elemento funcional e substancial para sua manutenção, responsabilizando-

se de um modo biológico-moral pela educação e sobrevivência da prole. Dessa construção resulta a "mulher nervosa" que será a imagem mais representativa dessa histerização. A mulher histérica na visão foucaultiana possibilita a apreensão e a compreensão de aspectos que atravessam os estudos acima tomados por referência nos quais parece constante a figura do paciente do sexo feminino. Neste sentido, parece ocorrer a transferência da manutenção do lar, da educação dos filhos, da sobrevivência da família como espaço de convivência para a Mãe, e não mais para a mulher. Quando a Mãe procura reencontrar seu corpo de mulher, seja por findar a criação dos filhos seja pela perda ou separação de seu companheiro, este corpo feminino aparece descarecterizado e despido da uma função social, não havendo mais a possibilidade de uma ligação orgânica com o corpo social.

Nas palavras do autor:

"Histerização do corpo da mulher: tríplice processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado - qualificado e desqualificado - como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a "mulher nervosa", constitui a forma mais visível desta histerização." (FOUCAULT, 1998, p.115)

Neste sentido, parece sem finalidade a profusão de estudos sobre paciente usuários de BZD, diante da necessidade de se atentar para as dimensões epidêmicas desse problema de saúde, profundamente envolto em questões socio-histórias e culturais. Parece não ser mais possível manter a cabeça fora d'água, e assim, evitar conhecer o tamanho do iceberg escondido sob a lamina d'água. A amplitude dos casos e dos estudos em diversas localidades do país demonstram que se conseguiu atingir uma parcela importante da população, tanto pela função social da mulher quanto pela função biológica.

O Estado mantém programas e políticas públicas voltados para a mulher e o idoso e, ainda assim nos estudos relacionados aos usuários de BZD essa população apresenta-se de forma prevalente e porque

não dizer incidente. Cabe um questionamento pertinente neste sentido: por qual razão uma parcela populacional tão bem assistida pelo sistema de saúde, políticas e programas públicos torna-se recorrente como perfil epidemiológico em estudos que tem como pano de fundo a medicalização?

Os estudos visitados deixam transparecer dois elementos que transcendem os limites da medicina tradicional, são eles: de um lado, a dependência química, física ou psicológica do medicamento inserido na vida dos pacientes como mediador de conflitos familiares ou para anular as dores do sofrimento das questões do cotidiano; de outro lado, o corpo da mulher analisado, patologizado e medicalizado. Nos dois casos, parece possível uma perda da função social dos pacientes crônicos, associado a questões de gênero, histórico de conflitos familiares, banalização do uso do medicamento e prescrição excessiva, tornando o panorama multifatorial, envolto por preconceitos e discursos biologicistas tendenciosamente medicalizantes.

As questões levantadas apontam para uma necessária melhora na escuta da mulher e de sua singularidade, de uma assistência médica preocupada com a individualidade e a subjetividade da mulher, de maneira a ampará-la na busca por meios de superar o sofrimento social possivelmente relacionado ao gênero. Por outro lado, o uso crônico dos BZD traz consigo transtornos relacionados a dependência, drogadição e tolerância ao medicamento, condições nas quais o paciente torna-se refém do tratamento médico-medicamentoso.

4 JUSTIFICATIVA

O abuso de BZDs está amplamente documentado na literatura, em relatórios anteriores do INCB, e em estudos realizados desde os anos de 1970. Entretanto, o consumo de clonazepam parece ganhar dimensões epidêmicas quando comparado aos outros benzodiazepínicos. Há evidências do predomínio do uso de medicamentos contendo alprazolam nos Estados Unidos, do uso abusivo de produtos farmacêuticos como midazolam na Ásia, e até mesmo da utilização do flunitrazepam para fins não medicinais em quase todos os países informantes do relatório do INCB. Não obstante, mesmo em países onde há um consumo destacado de outros benzodiazepínicos seria possível notar o crescimento sustentado na utilização de produtos contendo clonazepam. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012a)

No Brasil, trata-se de um fenômeno incomum diante do crescimento desproporcional do consumo de clonazepam. Esse fato demanda maior atenção pela presença de outros dois medicamentos contendo benzodiazepínicos ocuparem o segundo e o terceiro lugar na mesma lista publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no relatório do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) de 2011.

Nesse sentido, o estudo realizado em BambuÍ, São Paulo, denota a cronicidade do uso desse medicamento, cujo consumo vai muito além das quatro a seis semanas recomendadas na literatura. Alguns pacientes afirmaram utilizar os BZDs há pelo menos um ano, enquanto outros disseram fazer uso dos medicamentos há pelo menos cinco anos. (ALVARENGA, et al. 2008)

Outro estudo realizado em Coronel Fabriciano implementou, durante a coleta de dados, um formulário em que constava também a indicação clínica dos BZDs, para analisar a adequação dessas indicações. Esse instrumento possibilitou observar, entre outros dados, um perfil de utilização desses medicamentos. Cerca de setenta e cinco por cento (75%) são mulheres adultas com idade média de quarenta e cinco (45) anos e o tempo médio de tratamento foi superior a um ano. Outras informações também chamam a atenção, quase oitenta (80%) por cento das prescrições eram provenientes de clínicos gerais, cerca de setenta (70%) por cento apresentavam indicação distinta da recomendada na literatura e, mais de vinte e um (21%) por cento foram destinadas para uso crônico ou dependência. (FIRMINO et al., 2008).

Parece necessário o entendimento dos condicionantes relacionados ao consumo expressivo dos benzodiazepínicos no Brasil,

especialmente do clonazepam. Outros medicamentos dessa categoria, como o bromazepam e o alprazolam, apresentam considerável crescimento no consumo, porém com uma elevação menos acentuada quando comparados ao clonazepam. Dados coletados pelo SNGPC chamam atenção pelo volume de unidades dispensadas de clonazepam nos últimos anos e a maneira abrupta pela qual esses números crescem, chegando o consumo desse medicamento ser três vezes maior em relação aos outros produtos farmacêuticos da mesma categoria presentes nessa listagem.

O elevado consumo de clonazepam no Brasil chama mais atenção diante das informações do INCB, em relação ao ano de 2010. De acordo com o relatório, nos Estados Unidos, foram consumidos 209 milhões de S-DDD, enquanto no Brasil foram consumidos 206 milhões de S-DDD. O destaque fica evidente quando considerado o censo populacional dos dois países, pois a população americana conta com aproximadamente cem milhões de pessoas a mais em comparação ao contingente brasileiro.

As informações disponibilizadas pela ANVISA não contabilizam as preparações realizadas nas farmácias de manipulação e, nem quantidades dispensadas nas unidades básicas de saúde, bem como, em outros postos congêneres do SUS. O controle realizado através do SNGPC junto as farmácias de manipulação registra o volume dos fármacos controlados pela portaria 344/98 em termos de gramas (peso) transformada em medicamento, no entanto esses dados não foram disponibilizados no relatório de 2011. Essa lacuna pode ocultar um consumo maior de clonazepam em relação aos dados apresentados pelo SNGPC. Cabe destacar que, não foram encontrados estudos consistentes sobre o desvio deste medicamento dos canais legais e do possível contrabando de BZD no país, haja vista a extensa fronteira seca do Brasil com os demais países da América Latina.

Nesse sentido, configura-se um cenário amplo e complexo que, pela falta de dados, torna-se pouco conhecido. Tamanho desconhecimento também deve-se, em parte, aos escassos estudos relacionando o tráfico de drogas lícitas, a prática pelos pacientes no Brasil de "*doctor shopping*", a quantidade de receituários falsificados e a venda do clonazepam sem receita ou com receituário aberto⁷. Diante de um universo de informações desconhecidas em relação ao consumo do clonazepam, da

⁷ O receituário aberto é uma prática ilegal e antiética. Tal prática consiste em dar entrada no livro de registro do número total de unidades prescritas e não somente da quantidade retirada pelo paciente no momento da compra. Desse modo, a diferença é retirada do controle de estoque e fornecida a pessoas sem receituário, porém aparentemente legal diante das autoridades.

possibilidade do desenvolvimento de dependência em virtude do uso deste medicamento por períodos superiores aos preconizados na literatura e, dos poucos recursos de apoio e suporte na retirada do mesmo, considera-se pertinente o desenvolvimento deste estudo sobre os contextos determinantes do uso de benzodiazepínicos no Brasil. (RANG, et al. 2007).

Em face da elevação do consumo de benzodiazepínicos no Brasil, sobretudo o clonazepam, torna-se cada vez mais urgente questionar a vinculação de contextos sociais adversos a esse fenômeno, que por sua vez pressupõe o entendimento mais aprofundado da maneira pela qual os condicionantes sociais contribuem com essa elevação.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Analisar a interferência de contextos sociais adversos na elevação do consumo de benzodiazepínicos no Brasil.

5.2 Objetivos específicos

a) Identificar junto ao paciente de que forma ocorreu o primeiro contato com o medicamento clonazepam;

b) Apreender, pela perspectiva do paciente, as questões desencadeantes da "doença" sujeitas ao tratamento medicamentoso.

c) Verificar, pela ótica do paciente, a relevância das causas sociais no diagnóstico e na escolha do tratamento.

d) Compreender de que maneira o tratamento com benzodiazepínico repercutiu na melhora ou solução das questões desencadeantes apontadas pelo paciente.

e) Relacionar as percepções da história de vida do paciente sobre o uso do medicamento com estudos sobre o tema.

6 METODOLOGIA: UM ESTUDO DE CASO

O caminho metodológico consiste em duas etapas:

A primeira está concentrada na pesquisa bibliográfica direcionada ao estudo e ao levantamento de referências em diversas fontes sobre o consumo, o uso, o abuso e a dependência relativa aos benzodiazepínicos. Essa etapa constituiu-se como objetivo específico, qual seja, revisar a literatura direcionando a busca de dados para o fármaco clonazepam, pelo fato do mesmo apresentar-se como fenômeno incomum e específico do Brasil.

A segunda desenvolve-se por meio de um Estudo de Caso, um delineamento da modalidade de produção de conhecimento que tem como característica a flexibilidade, sem deixar em segundo plano o rigor necessário à pesquisa científica. Segundo Yin (2001), "um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos". Nesse sentido, possibilita estudar em profundidade o grupo, organização ou fenômeno, levando-se em consideração suas múltiplas dimensões. Além disso, por se referir a um número menor de objetos, utiliza-se de instrumentos passíveis da obtenção de dados com maior profundidade.

Trata-se de um estudo de caso de caráter qualitativo com objetivos exploratórios e descritivos. Sob esse aspecto, espera-se obter uma visão mais apurada do problema em virtude dos poucos estudos relativos ao tema. Espera-se ainda realizar uma ampla descrição do fenômeno em seu contexto para identificar suas múltiplas manifestações e, ao mesmo tempo, descrevê-lo de formas diversas ou sob pontos de vista diferentes (GIL, 2009).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas do tipo não estruturadas ou em profundidade, visando obter do entrevistado o que ele considera mais importante sobre o problema de pesquisa, apresentando suas descrições sobre o fenômeno em estudo. Com esse tipo de entrevista, procura-se saber como e por que algo ocorre, apreendendo informações do entrevistado em relação ao seu conhecimento ou ao seu comportamento acerca do fenômeno em questão. Isso permite ao entrevistado desenvolver convenientemente suas opiniões e informações, de modo a abordar o problema da forma que ele quiser (RICHARDSON, 1999).

A opção pela entrevista não estruturada permite aplicar a técnica de pesquisa conhecida por história de vida. Essa é conceituada como o relato de um narrador sobre a sua existência através do tempo, buscando reconstruir os fatos vivenciados e transmitir a sua experiência

adquirida. Esse tipo de técnica tem como características a informalidade, a profundidade das informações e, principalmente, o foco na vida do entrevistado. A história de vida coloca-se, dentre as técnicas de pesquisa, como a que permite observar os aspectos do ponto de encontro entre o individual e o social, possibilitando conhecer a cultura na intersecção das relações entre o que é interior e exterior para o indivíduo. Dessa forma, possibilita a apreensão do processo de mudança, tornando compreensível a dinâmica dos processos sociais (GIL, 2009).

A coleta de dados foi realizada a partir de uma unidade de farmácia de dispensação do Serviço Social da Indústria de Santa Catarina (SESI - SC), espaço onde se elegeu como critérios para a seleção da amostra o paciente que fez a aquisição do clonazepam na farmácia do SESI-SC, preferencialmente do sexo feminino, situada em uma faixa etária igual ou superior a quarenta (40) anos e, necessariamente, em tratamento por um período maior que dois (02) anos. O primeiro critério se fez necessário pela vinculação do pesquisador a essa empresa, tornando possível o convite e a interação com o paciente. Os demais critérios refletem o perfil do paciente crônico, encontrado com maior frequência nos estudos visitados⁸.

A unidade de análise está ancorada no estudo de caso único possibilitando a generalização analítica das informações obtidas por meio da história de vida do paciente. Na visão de Becker (1993), estudos individuais podem ser entendidos como peças de um mosaico dentro do qual cada pedaço adicionado ao quadro contribuirá para a nossa compreensão do fenômeno como um todo. Contudo, os critérios que determinam quanto um fragmento do mosaico contribuirá para o entendimento do todo ainda não estão totalmente estabelecidos, todavia estas frações serão necessárias para a implementação destes critérios. De forma complementar, o uso da técnica de história de vida possibilita ao pesquisador atravessar fronteiras na direção de terrenos tangenciados pelos relatos, levantando pressupostos em direção a verdade, mesmo que a grosso modo, fornecendo uma visão subjetiva do processo estudado. A riqueza de detalhes proporcionados por essa abordagem demonstra-se importante na ampliação das possibilidades diante da estagnação e saturação das pesquisas sobre o tema em ascensão, apesar dos retornos reduzidos no sentido de melhora do entendimento do fenômeno (BECKER, 1993).

Dessa forma, ao privilegiar intencionalmente a história de vida como estratégia da coleta de dados, busca-se elementos para a

⁸ São exemplos desses estudos ALVARENGA, (2008); CARLINI (2006); FIRMINO (2012); MENDONÇA, CARVALHO (2012); ORLANDI, NOTO (2005); e NOTO (2002)

compreensão da realidade por considerar-se o imbricamento de fenômenos contextuais relacionados ao evento em questão. (YIN, 2001)

A entrevista foi realizada com a apresentação prévia ao sujeito da pesquisa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visando o esclarecimento dos alcances e limites da pesquisa, bem como, a preservação do sigilo. Os preceitos da bioética representados pela autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, foram respeitados a fim de preservar o entrevistado. Neste sentido, o amplo esclarecimento dos objetivos da pesquisa foram apresentados para a entrevistada com o intuito de garantir o pleno entendimento da proposta do estudo. Outros cuidados éticos foram prestados a fim de evitar-se qualquer tipo de constrangimento para a mesma, sempre respeitando seus limites e limitações tanto para o estabelecimento dos vários contatos quanto para a realização da coleta de dados e o tratamento das informações fornecidas. No término do estudo, a entrevistada receberá cópia do trabalho, como contrapartida das informações prestadas. Ao final, serão estabelecidas articulações entre os dados e os referenciais bibliográficos da pesquisa, de modo a responder as questões do estudo, levantar hipóteses e interpretar os dados conclusivamente (GIL, 2009).

A paciente que se interessou, foi entregue o Termo de Consentimento e realizada uma entrevista com uma questão aberta: ***Conte-me sua história de vida.*** Utilizou-se o recurso de gravação em mídia digital, mediante prévia aquiescência da depoente, visando garantir a fidedignidade das declarações durante a entrevista e o anonimato da mesma.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO: "EU PROCURO ELE, EU SINTO FALTA DELE"

A entrevista foi realizada no local de trabalho da entrevistada, após três adiamentos foi possível agendar uma data para realização da coleta de dados. Os adiamentos ocorreram em virtude do acúmulo de trabalho da entrevistada, ocasionado por um período de internação de aproximadamente três meses relacionado a uma crise de um quadro depressivo. Os dados foram gravados em mídia digital e posteriormente transcritos, procurando-se manter a maior fidedignidade entre o relato e a transcrição.

A história de vida da entrevistada enquadra-se em um tipo de relato que poderia ser denominado como exemplar, devido a possibilidade de se fazer uma generalização do seu cotidiano com aquilo que pode vir a ser o cotidiano de milhões de pessoas que fazem uso de benzodiazepínicos no Brasil.

Sendo assim, atualmente a entrevistada está com quarenta e um (41) anos, separada de seu cônjuge não legalmente, e morando com seus dois filhos. Trabalha em uma Universidade da região da grande Florianópolis, em Santa Catarina. Ocupa um posto no setor de ensino a distância e, para estar nesta posição cursou nível superior e especializou-se. A partir dessas informações preliminares, passa-se a descrever a história de vida como foi contada e faz-se as relações com a proposta do estudo em questão.

A primeira dificuldade encontrada era como contar a história de vida de uma pessoa com a mesma intensidade e força da experiência de quem viveu os fatos, estando colocado na posição de protagonista da sua própria história a ser escrita, e sem cometer o equívoco de não contemplar todos as nuances desse relato, tarefa que, em um primeiro momento, pareceu um obstáculo intransponível.

Transportar para o papel as falas, os gestos, os olhos mareados e as pausas em silêncio, acabaram por transformar o pesquisador em expectador da vida vivida, do relato nu, de um acontecimento único, inédito e irreproduzível após o ocorrido.

Com essa perspectiva, o começo desse relato de história de vida parte dos fragmentos das lembranças de uma infância que se desenvolve no interior do país, agitada por mudanças para localidades diferentes em decorrência do trabalho de topógrafo do pai. Nessa família havia um pai que era topógrafo, uma mãe enfermeira e um casal de filhos, que naquele momento moravam no interior de Goiás, quando por volta dos seis anos de idade da menina essa infância foi marcada pelo assassinato do

pai, provavelmente por motivos relacionados ao seu trabalho na demarcação de terras.

Nos dias que se seguem, a mãe foi acusada de envolvimento no assassinato, presa e torturada para a obtenção da confissão. Nessa condição, a mãe tem a tutela dos seus filhos relegada a benesse dos vizinhos em Goiás, até que os familiares oriundos de Santa Catarina pudessem chegar a localidade para garantir a salvaguarda das crianças.

Após esse episódio a mãe e o casal de filhos se transferem para Santa Catarina e, mesmo respondendo ao processo criminal pelo assassinato do pai, a mãe procura retomar a sua vida, começa a trabalhar como enfermeira, casa-se novamente e deixa a casa dos parentes que lhe acolheram no sul do país.

Devido ao trabalho da mãe, as crianças tinham pouco contato com ela, a menina era mais ativa e gozava de melhor saúde que o irmão quase sempre acometido por crises de bronquite, chegando a passar por um quadro de meningite. Quando a menina chegou aos treze anos, confrontou-se com outro acontecimento traumático que marcara sua adolescência, diante do falecimento de sua mãe acometida por um câncer.

A convivência com o padrasto não deu certo, e o casal de crianças retorna a casa da tia, considerada pela menina como sua mãe adotiva. O irmão, atualmente, ainda mora com os tios e recebe os cuidados deles, pois apresenta um quadro de esquizofrenia que demanda assistência constante. A menina deste relato, é a entrevistada.

A moça agora com dezesseis anos começa a trabalhar. Nas suas palavras: “sempre tive que me virar, sozinha assim pra tudo né [...], fiz faculdade sozinha, [...], sempre ralei mais sozinha assim”. Essa solidão perene da entrevistada parece mais próxima da imagem que ela projeta de si. A perda dramática e prematura dos pais, aliada ao processo de separação no casamento, que levou ao afastamento da família do ex-marido serviu de reforço a sua condição solitária: “É aquilo que eu falo, acabei não perdendo de novo só o ex-marido eu perdi de novo a família, como se eu tivesse perdido dez irmãos”. Em outro momento, essa condição torna-se mais explícita:

especialmente eu me sinto muito sozinha, principalmente em certas datas e nossa, pra mim natal e ano novo essas coisas, geralmente nessas datas eu estou no chão, essas datas pra mim é terrível, terrível, terrível. Porque é as datas que tu mais sente essa questão de família assim.

A necessidade de encontrar amparo para o seu isolamento acaba levando-a a estabelecer uma relação pessoal com o medicamento, quase como se esse último fosse um outro ser humano. Ou seja, ao conceber o medicamento como alternativa para a fuga dos seus momentos de solidão, parece dotar ao medicamento do estatuto de *pessoa*. Na fala da entrevistada, essa personificação do fármaco pode ser identificada na menção em terceira pessoa do clonazepam.

Eu procuro ele, eu sinto falta dele nesses momentos principalmente assim. Eu me sinto sozinha, é a primeira coisa que eu penso, primeira. Final de semana que eu vejo que vou ficar sozinha é uma coisa automática, não vou dizer pra ti que eu penso assim, uma coisa automática, parece que já "shii". Parece que é automática assim, não, vou apagar eu tenho que apagar [risos].

Aos dezoito anos casa-se e aos vinte anos tem seu primeiro filho. Neste momento, acredita que a sua vida estava estabilizada, entretanto,

...⁹quando eu casei [...], minha vida praticamente parecia estar estabilizada, batalhando com meu marido e tal, mais ai quando tive o primeiro filho, quando ele tinha uns cinco anos acho, cinco pra seis anos, eu comecei a ter uns sintomas, que na época eu não sabia o que que era, eu comecei a passar, passava mal, eu achava que era alguma coisa, nunca passava pela minha cabeça que era algum sintoma de depressão ou coisa assim, e na época meu marido me levava pro hospital e [...] cada um dizia que era uma coisa, há porque eu tinha palpitação, parecia sensação de desmaio e nunca ninguém falava que era alguma coisa em relação a depressão, sempre falavam pra fazer um exame cardíaco ou neurológico,[...] chegavam na emergência [...] Ah tá com distúrbio, eu me lembro que era distúrbio neurovegetativo e nunca tinha uma coisa certa, só que eu passava mal, fisicamente eu passava mal, eu tinha vontade de vomitar, [...] o coração disparava.

⁹Como já se sabe, os três pontos antes e depois da frase indicam pausa e silêncio. Também são indicativos de que a entrevistada demonstrou-se reticente em relembrar determinados fatos de sua história.

No ano de 1997, ano provável do início das crises, havia uma classificação para quadro clínico da depressão no MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO (DSM) III - R que manteve-se praticamente inalterada até o ano de 1994, ano de lançamento do DSM-IV. Entretanto, o relato de queixas pouco específicas associadas a sintomas emocionais e orgânicos diversos, podem encaminhar o médico a realizar o diagnóstico do quadro de uma forma genérica, como distúrbio neurovegetativo (DNV). (FIRMINO, 2012)

Nos casos de DNV aparecem sinais e sintomas semelhantes de várias doenças, de forma particular, àquelas do sistema cardiocirculatório. Sendo assim, o DNV poderá constituir-se em um fator de confusão ou até mesmo poderá induzir a uma indicação clínica inadequada. (FIRMINO, 2012) Essa dificuldade pode ser resultante da maneira pela qual aconteciam os tratamentos das crises da entrevistada que, em geral, se passavam conforme o relato:

[...] o que que acontecia, eles me enchiam de calmante, chegando a um ponto de um dia ele (o marido) me levar pro hospital Florianópolis e eu escutar tudo que o médico falava, perguntando pra ele se eu usava drogas, e eu não conseguia responder. Aquilo foi me dando uma angústia, não conseguia mover um dedo, mas eu escutava tudo que o médico falava, e aquilo estava me agonizando, de tanto remédio que acho que eles me deram, eu não conseguia, não conseguia mover um dedo pra falar alguma coisa, pra dizer não, não, não!

A aparente impossibilidade em obter um diagnóstico preciso sobre seu estado de saúde e os possíveis excessos cometidos na emergência dos hospitais levaram a entrevistada a fazer um pedido desesperado ao seu marido:

E ai depois daquele dia eu pedi, implorei pro meu marido que ele nunca mais me levasse pro hospital, e quando acontece alguma coisa até hoje, a gente está separado, mas ele cumpre essa promessa, [...], mas eu não queria mais ir pro hospital, porque eu chegava lá e eles me enchiam de calmante e isso não me ajuda.

O período compreendido entre o nascimento do primeiro e do segundo filho, havia-se passado doze (12) anos, nesse tempo as crises foram se amenizando e entrevistada conseguia ter um controle melhor dos episódios. A gravidez do segundo filho fora marcada pela dificuldade de

"segurar" a gestação, e pela necessidade de tratamento para engravidar. Nesse período, ocorreram cinco abortos espontâneos:

Do primeiro filho pro segundo isso [as crises] foi meio que amenizando, fui conseguindo controlar e até então ainda não tinha bem noção do que que era e depois fui no médico, chegaram a conclusão que poderia ser uma depressão, mas nada muito grave até então né. E aí eu tive muita dificuldade de engravidar do segundo filho, não conseguia engravidar, eu engravidava mas não conseguia segurar, tive cinco gravidez, mas perdia. fiz o tratamento e veio o segundo [filho], tanto que tem a diferença de doze anos de um para o outro.

Seria plausível associar os abortos espontâneos e a dificuldade de engravidar, corroborado pela imprecisão do diagnóstico de uma depressão "nada muito grave" e os distúrbios neurovegetativos aparentemente controlados, virem a eclodir em um quadro de depressão pós-parto quando do nascimento do segundo filho:

quando eu estava na maternidade, tive ele [o segundo filho] na Santa Helena, eu fiquei lá porque eu fiz cesárea, eu me senti mal a noite e eu pensei em falar pro médico no dia, que eu estava me sentindo mal, só que disse não, estou cansada, vou pra casa. Nossa quando eu cheguei em casa foi terrível assim, eu não conseguia segurar ele nem pra amamentar, eu ia amamentar ele e eu tinha vontade de jogar ele na parede, foi horrível, foi horrível não tinha força, horrível tive uma depressão pós-parto terrível.

A entrevistada menciona que um médico "de depressão" fez a escolha do tratamento para a depressão pós-parto com um remédio natural, porém surtiu pouco efeito e ela não conseguiu amamentar. Diante desse quadro, a pediatra recomendou que a alimentação do segundo filho fosse realizada com a utilização da mamadeira e a entrevistada inicia seu tratamento com o uso de um "remédio forte". A partir desse tratamento, a entrevistada começa a vivenciar períodos cíclicos de melhora e recaída em intervalos quase regulares que se seguem até a separação no casamento:

A pediatra falou não, a gente aconselha amamentar, mas desse jeito ela não tem como ela tá se destruindo, passaram ele pra mamadeira e eu comecei a tomar remédio forte e dali em diante eu comecei assim, melhorei né, mas sempre em ciclos sabe, passava um

ano bem, daqui a pouco caía de novo, um ano bem, caía de novo. E depois veio a separação... com cinco anos, com três anos estava o segundo filho, eu me separei... e ai... depois de um ano de separação ai veio bem forte assim, bem forte mesmo.

A dificuldade em obter um diagnóstico preciso sobre o quadro clínico da entrevistada vem se arrastando por quase vinte anos, e nesse período foram atribuídos ao seu estado de saúde um distúrbio neurovegetativo com aconselhamento para realizar exames cardíacos ou neurológico. Depois do nascimento do primeiro filho, ela menciona um diagnóstico de depressão não muito grave, mas as crises continuaram com menor intensidade até o nascimento do segundo filho, quando ela teve um quadro de depressão pós-parto. Após iniciar o tratamento com a medicação, ela entra em um processo (quadro clínico) cíclico de melhora e de piora da depressão. Após um ano da separação no casamento, passa por uma forte crise depressiva, necessitando ser internada por trinta dias em uma clínica de reabilitação, nessa fase começam os sintomas da síndrome de pânico.

As crises de pânico eram fortes e a impossibilitavam de realizar qualquer atividade, mesmo as mais cotidianas como dirigir um automóvel ou assistir uma aula na faculdade. Foram três episódios da síndrome de pânico, e na terceira crise ela foi aconselhada ao internamento para a reabilitação em uma clínica, já nesta época ela fazia uso do clonazepam para dormir. Depois desse tempo na clínica, o uso de clonazepam e de outros medicamentos foi constante durante quatro ou cinco anos. No decorrer de um ano era possível suprimir o uso de alguns medicamentos, porém isso não acontecia com o clonazepam, e os períodos de melhora e recaída continuavam ocorrendo:

eles me levaram... foi onde eu fiquei trinta dias... primeira ?internação, ali também já tomava o clonazepam lá, dali sempre assim, vai fazer cinco anos, quatro anos direto, fora as outras medicações, direto assim, depois dali eu já tive mais duas internações, mas o clonazepam direto, direto, eu tomava o clonazepam, quando eu saí dali, eu saí bem mas era eram ciclos, ficava um ano bem quando chegava, era engraçado assim, foi em fevereiro, eu acho, março, eu passava o ano inteiro bem, podia até ir cortando alguns outros remédios, mas **o clonazepam eu não conseguia cortar eu tomava ele igual a tic-tac**, igual, tanto que quando chegava em

março, aquela outra época, eu caía de novo. (grifo nosso)

A indefinição do diagnóstico da entrevistada, associado ao tratamento prolongado com vários medicamentos, entre eles o clonazepam, resultaram no uso irracional do medicamento, na inadequada retirada dos medicamentos que atuam sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), e, também, no surgimento da dependência química, física e psicológica relacionada ao clonazepam. Essa condição de dependência interfere na maneira como o paciente enfrenta situações cotidianas, produzindo também um estereótipo da maneira como ela é vista pelas pessoas do seu ciclo de amizades e convívio:

eu estava na sala de espera, pra consultar, enquanto eu estava esperando pro médico me consultar eu tomei uma cartelinha inteira (de clonazepam), eu estava esperando disse não, **tomando a cartelinha inteira parecia, parecia não, era uma viciada mesmo** e quando entrei no consultório eu mal conseguia falar, tomei uma cartelinha inteira, eu hoje...eu digo pra ti que eu consigo ficar sem ele assim, mas eu tenho que saber que alguém, por exemplo meu filho guarda em casa entendeu. Eu já consigo passar o dia todo sem ele, mas aqui na universidade tudo, **na época as meninas até brincavam: Que é a traficante, na bolsa dela sempre tem, sempre!** (grifos nossos)

Nesse momento a entrevistada abre a sua bolsa e mostra em uma *nécessaire* com várias cartelas de diversos medicamentos, pela coloração dos comprimidos, das caixas e dos blisters é possível identificar ao menos cinco (05) tipos diferentes de medicamentos. E, em seguida, dentro de um porta capsulas estão identificados dois comprimidos de clonazepam, além de três (03) outros remédios.

De modo paradoxal, a dependência química e física da entrevistada parecem estar quase sob controle, porém após nove anos de uso do clonazepam, o traço de dependência psicológica ainda tem grande influência no cotidiano dela:

eu tenho que saber que está aqui (o clonazepam), eu não tomo, mas tenho que saber que está aqui. [...], porque às vezes eu nem preciso tomar, mas eu tenho que saber que ele está na bolsa. Eu ainda não consigo sair de casa sem saber, que eu não tenho na bolsa, se eu vou em algum lugar ou troco de bolsa é a coisa mais engraçada, eu posso não ter nada, mas eu já

começo a sentir os sintomas, parece que já estou sentindo sabe, só em saber que eu estou sem ele na bolsa. Até falei pro médico, é a coisa mais engraçada, eu começo a sentir algo só por saber que não está e eu não tenho nada, mas ainda tenho aquela coisa eu mesmo me simulo a situação e não tem, de repente só em colocar na bolsa já melhorei.

Dentro do relato da entrevistada, pode-se destacar a presença de dois modelos explicativos, isto é, de significados atribuídos a um mesmo episódio da doença, incluindo-se nestes as noções sobre a causa, o diagnóstico e até o tratamento. (MARTÍNEZ, 2010) Esses dois modelos explicativos, que aparecem no relato da entrevistada, permitem colocar de forma simétrica as diferentes percepções sobre a doença, sendo elas: uma com enfoque biológico e outra com enfoque mais holístico. Por meio de tais modelos, acredita-se que é possível compreender de que maneira a entrevistada interpreta o desenrolar dos contextos relacionados ao seu estado de saúde.

O primeiro modelo é exemplar de uma fórmula narrativa hegemônica, mais próxima da linguagem biomédica. (MARTÍNEZ, 2010) Nele, a entrevistada busca transformar seu mal-estar em uma doença, com a possibilidade de dissocializar a sua própria história de vida:

no começo foi uma coisa que surgiu, nem eu tinha noção do que que era, que os médicos sempre dizem pra mim que é em decorrência da minha história de vida e junto com a questão emocional e **com a questão genética porque na minha família tem muita gente que tem**. Tenho primos, primas que tem o mesmo quadro que eu, tem muita gente que tem, meus tios, eu tenho muita gente na minha família com o mesmo histórico. (grifo nosso)

Assim, seria possível encontrar neste ponto do seu relato indicativos da teoria da degenerescência de Morel¹⁰, colocados de forma justaposta à sua história de vida. (CAPONI, 2012)

¹⁰A teoria da degenerescência, baseia-se na suposição da ocorrência progressiva da degeneração mental e conforme as gerações se sucedem os nervosos gerariam neuróticos, que produziriam psicóticos, que gerariam idiotas ou imbecis, até a extinção da linhagem defeituosa. A sistematização dessa teoria foi feita por B.A Morel (1809-1873), em seu Tratado das Degenerescências, de 1857, onde a degenerescência era definida como o desvio de um tipo primitivo perfeito, desvio este transmissível hereditariamente.

A utilização de uma teoria ultrapassada e ineficaz na tentativa de explicar a ocorrência dos sintomas e os desdobramentos relacionados ao estado de saúde da entrevistada de um ponto de vista biológico, elegendo como determinante o arranjo genético da mesma, demonstra o despreparo e os absurdos praticados por alguns profissionais da área médica. Neste sentido, torna-se necessário ampliar e oportunizar um leque maior de opções de tratamento aos pacientes de forma há possibilitar uma escolha livre, ética e consiente da terapêutica que será aplicada para a resolução desses problemas.

Depois desse breve retorno aos meados do século dezenove (XIX), período fortemente marcado por concepções degeneracionistas que eram utilizadas para tentar explicar a etiologia das doenças mentais, pode-se notar uma outra narrativa sobre as suas adversidades, mais humanizada e relacionada aos condicionantes sociais:

eu acho que tem haver com a questão emocional mesmo, questões de vida, tem muita coisa que eu passei que está muito mal explicado. [...] porque eu passo minha vida inteira assim não querendo mexer muito no passado, não se seria bom esse tipo de coisa. E então não sei bem ao certo, acho que é uma mistura de tudo isso, acho que é tudo que eu passei, porque foi uma infância difícil, uma adolescência. Na infância perdi meu pai de uma forma muito difícil, na adolescência perdi minha mãe de uma maneira difícil, eu tenho muitas coisas difíceis, tem esse meu irmão com esquizofrenia, minha tia tem setenta e sete anos, meu tio tem oitenta e oito eu sei que é uma coisa que vou ter que enfrenta e eu não tenho estrutura pra enfrentar, isso é uma coisa que todos os dias me pega. [...] estou separada, a questão de estar sozinha é uma coisa que me deixa muito, muito assim.

A maneira como a trajetória de cada pessoa é construída interfere nas escolhas e decisões de todo o caminho a ser percorrido, agregando maior ou menor dificuldade para realizar esse percurso. A perda de entes queridos na infância e na adolescência da entrevistada por certo não foram escolhas dela, mas fazem parte de um passado repleto de conflitos, de questões em aberto.

O temor descrito pela entrevistada diante da realidade do envelhecimento dos tios e a necessidade de assumir sozinha o tratamento do irmão esquizofrênico parecem propiciar um ambiente favorável a fuga e ao distanciamento da realidade pela via do uso do medicamento:

Eu hoje procuro muito o clonazepam, porque a última vez que eu estive agora, esses três meses que eu fiquei afastada eu tenho até um laudo no hospital agora que eles colocaram lá que foi tentativa de suicídio, e eu tomei dezessete comprimidos aí eles me perguntaram, até comecei a rir quando estava lá como tentativa de suicídio, porque na verdade eu não penso em me matar eu quero só apagar, que quando eu recorro ao clonazepam, quando eu estou no meu desespero eu quero sair do ar só, quero parar de pensar, quero dormir, quero apagar mesmo. [...] realmente na hora, quando você está no desespero você não pensa nisso, porque eu fico muito desesperada, a solidão, essa coisa de estar sozinha, não poder resolver as coisas, pra mim a minha fuga é o clonazepam.

O uso do clonazepam na tentativa de silenciar as dificuldades do dia a dia parece ser um porto seguro para a entrevistada, diante do bem estar proporcionado pelo medicamento e a aparente ausência de reações adversas nos dias seguintes ao uso. Essa busca de mascarar e até mesmo de eliminar a todo custo o sofrimento remete a sociedade fictícia do Admirável Mundo Novo onde os efeitos proporcionados pelo SOMA e a busca da felicidade se sobrepõem as adversidades da vida humana. De forma similar a uma ração diária, o uso crônico do clonazepam coloca-se como meio de sobrevivência aos destemperos da vida cotidiana. (HUXLEY, 2009)

A reorganização dos estados de ânimo em doenças objetiva compor uma lógica de dissociação que tem seu poder apoiado em um mundo de alterações neuroquímicas. Nesta lógica, ocorre a confluência dos processos de medicalização e mercantilização, os quais se apóiam e se reproduzem gerando ilusões e fetiches. Desse modo, ao passo que, por um lado, desintegram-se as relações sociais que podem produzir as aflições e os estados de ânimo, por outro, os agentes são envolvidos em redes de consumo, relações mercantis e discursos hegemônicos. (MARTÍNEZ, 2010)

Após nove (09) anos utilizando o clonazepam de maneira crônica, observa-se o aparecimento das sequelas, provavelmente comorbidas ao uso desse medicamento:

a vantagem do clonazepam pra mim que eu vejo nessa coisa toda que ele me apaga, mas quando eu acordo bem. Não acordo com aquela coisa nauseada, ele só me apaga, quando eu acordo parece que não tenho nada, [...] só fechei o olho e, acho que é por isso que ele me viciou, me deixou [...] só dormi um soninho

assim sabe, e...e... não sei se foi isso que acabou me deixando tão dependente dele, e claro agora estou ficando com sequela dele, dos roxos que te falei, das manchas roxas, os esquecimentos que antes não aconteciam, agora o que que acontece, quando acontece isso comigo eu não lembro de nada, isso não acontecia antes, agora já está tendo sequelas que antes eu não tinha, mas agora é por causa do abuso, do meu abuso com ele. Então, das últimas vezes aconteceram coisas que eu só sei porque as pessoas me contaram, não lembro, realmente não lembro, foi onde começou a me assustar do que realmente pensei espera aí né.

Durante todo esse tempo de tratamento, a entrevistada já havia sido diagnosticada como portadora de distúrbio neurovegetativo, depressão leve, depressão pós-parto, síndrome do pânico e pouco antes da separar-se do seu marido recebeu o diagnóstico de transtorno bipolar. As idas e vindas aos consultórios médicos parecem ter contribuído pouco para o esclarecimento do quadro clínico da entrevistada e tampouco apresentaram evolução na forma de conduzir o tratamento dela por quase vinte (20) anos:

Sempre foi assim, daí fazia terapia, aí tomei vários tipos de medicamentos fluoxetina, paroxetina, e... nossa, vários, vários, vários. E sempre pra dormir, algum tipo de calmante, aí até chegar agora depois da separação, antes um pouquinho da separação, aí já diagnosticaram que eu era bipolar também, aí deram remédio pra bipolaridade, estabilizador de humor nossa já tomei muito tipo de remédio, estabilizador de humor, tanto que um quem tem ali é pra isso o oxcarbazepina.

Nesse ínterim, a entrevistada parece não demonstrar melhora importante do seu quadro clínico tampouco concordar com a opção do seu terapeuta em recomendar para ela o uso de um estabilizador do humor. Em seu momento atual, ela parece desconhecer a pessoa que se tornou, com aparente desinteresse por qualquer atividade pessoal ou profissional, restando a responsabilidade com os filhos, talvez o único motivo capaz de dar-lhe forças para continuar:

Só que eu acho, eu acho que o estabilizador de humor pra mim ele só piorou, ele me deixou mais depressiva, [...] na teoria do médico, [...] tem que estabilizar porque aí quando eu estou estabilizada eu não ficaria tão depressiva, mas ele acha que eu sou muito agitada,

[...] e eu achei o contrário pra mim, que eles quiseram estabilizar essa coisa de estar agitada, e, eu, parece que eu perdi minha identidade, eu fico sempre depressiva, muito mais depressiva, já falei isso pra ele. Eu deixei de ser tão agitada, mas em comparação com esses últimos anos, eu pra mim, eu não tenho mais animo pra nada. Eu era uma pessoa que estudava, sempre fui de estudar de manhã, de tarde, de noite, [...] eu vivia correndo até meu próprio ex-marido falava pra mim, você parou, tua vida parou, [...], tu parou no tempo, e eu falo mesmo, eu me sinto parada, eu não tenho vontade de estudar, eu não tenho vontade...[...], não tenho vontade de fazer mais nada.

Para Martínez (2010, p. 114), parece haver "uma biopolítica das doenças leves, os mal-estares e as adversidades humanas", a qual tem como paradigma os êxitos relativos, ou seja, o sucesso em termos de vendas. Em outros termos, existe toda uma preocupação com as mazelas cotidianas do ser humano, fortemente apoiada em discursos e teorias medicalizantes que, em geral, resultam no aumento do consumo de medicamentos e nem sempre na melhora do quadro clínico do paciente.

O sentimento da entrevistada de não estar conectada a realidade desse mundo, transforma atividades diárias em pesadas obrigações a serem cumpridas. Isso aparece de maneira mais incisiva quando a entrevistada não mais se reconhece, nem mesmo em seu trabalho. A angústia e o desejo de fuga, parecem atravessados na fala da entrevistada diante da perspectiva de si mesma:

Só estou voltando porque a médica da perícia disse pra mim que eu tinha que voltar porque eu não tenho vontade nenhuma, tenho até vontade de chorar falando contigo... [olhos mareados], a minha vida parou assim.

Se tu dissesse pra mim, o que tu está com vontade de fazer agora?

Eu por mim tomava uma caixa de clonazepam e dormia a semana toda, não tenho vontade nenhuma.[...] eu estou porque eu tenho dois filhos tenho um de vinte e muito mais pelo de nove sabe, que eu sei que precisa de mim.

Nossa isso aqui oh, esses planilhas sabe o que é você não ter vontade, e o pior o que mais me angustia é que eu não sou assim, que eu olho pra trás e vejo.

O processo de retirada da medicação do clonazepam consiste em uma etapa difícil, muitas vezes demorada e cheias de percalços. Demanda um comprometimento do paciente, da família e do profissional durante esse período. (RANG, 2007)

Da mesma forma visualizada por Orlandi e Noto (2005), quando demonstram em seu estudo haver facilidade na obtenção de receituário para os benzodiazepínicos, a entrevistada relata parte de sua experiência na retirada do medicamento:

ele (o médico) falou que era pra tirar tudo de mim, meu filho tirou, aquele ali eu tenho porque eu tenho escondido, [...], eles só ficam a noite quando eu preciso, aí aqueles ali eu tenho porque eu tenho escondidinho, eu tenho uma máfia que me fornece. Nas primeiras semanas eu fiquei quase louca, aí eu falei pra minha família, não adianta tirar eu sei onde tem, [...] vou atrás eu sei onde é que tem, igual a drogada mesmo...

A dependência e a tolerância estão relatados na literatura especializada como uma ocorrência rara e incomum (RANG, 2007), porém encontram-se indícios desse fato no estudo de Firmino (2012); e de maneira mais declarada nas falas da entrevistada quando cita o aumento gradual no uso do clonazepam:

pra insônia, tomava dois miligramas [...] Ah, hoje se eu tomar dois, três não me faz nem cosquinha, já cheguei a tomar três, quatro, cinco. Se eu tomar um não faz efeito, dois não faz efeito. Aí quando eu me entupo mesmo aí, pra fazer efeito mesmo, já fiquei dois dias dormindo direto, não acordar pra nada, e quando é assim que acordo toda roxa.

Apesar dos dados encontrados na literatura relatarem o contrário, a dependência tem presença marcante tanto neste estudo quanto naqueles visitados durante a realização deste trabalho. Assim, constitui-se em um grave problema de saúde para o paciente, e deveria receber mais atenção do sistema de saúde diante da dificuldade de efetuar-se a retirada do medicamento e também pelos transtornos relacionados ao manejo dos pacientes durante esse processo.

Deve-se considerar como agravante, a falta de serviços de saúde especializados, que sejam ofertados pelo Estado, no suporte e tratamento desses pacientes. Do mesmo modo o despreparo, quase generalizado, dos profissionais de saúde para efetuar a triagem e o

encaminhamento dos pacientes com quadro crônico de dependência química, física ou psicológica. Essa falta de articulação entre os atores sociais encarregados do atendimento desses pacientes, resulta em uma busca ineficaz por tratamento, podendo levar a uma cronificação do quadro clínico, quando os pacientes são deixados a própria sorte.

Em determinado momento, a entrevistada relata ter solicitado ao médico a realização de algum exame para comprovar a disfunção cerebral, afinal tantos transtornos, melhoras e recaídas poderiam, no entendimento da entrevistada, ser comprovadas a partir de um exame. Neste sentido, Caponi (2012) apresenta importante distinção entre os estudos médicos (anatômicos) e os estudos psiquiátricos, dos quais não é possível demonstrar a localização anatômica da doença, ou seja, a principal característica da psiquiatria é a ausência de localização da doença no corpo. Corroborando com esta explicação o relato da entrevistada:

cheguei até fazer tomografia, eu pedi pro médico pelo amor de Deus, que eu queria fazer uma tomografia, ressonância o que fosse porque eu tinha que ter alguma coisa na minha cabeça, porque eu levei um tombo uma vez eu levei vinte e sete pontos na cabeça. [...] tem alguma coisa, deve ter dado algum coagulo, faz uma tomografia que deve ter alguma coisa. [...] eu queria tanto que desse alguma coisa, [...] mas eu estava crente que ia dar alguma coisa pra explicar isso tenho certeza, estava crente que ia dar um tumor. Tinha que dá alguma coisa, eles vão ver que na minha cabeça tinha alguma coisa, ai agora da última vez o médico mandou fazer outra, fiz outra mas nada. O biológico está tudo normal, e aonde te deixa mais nervosa, mais agoniada ainda, que como que não tem nada, nem um fio solto nada.

Antes de fechar a entrevista ainda foi possível para a entrevistada externar sua perspectiva para o futuro, diante de uma necessidade de mudança que a leve a retomar o controle de sua vida. A possibilidade de reencontrar-se, de sentir-se viva e voltar a ser a protagonista de sua vida:

Ah, eu queria, olha eu queria mudar, eu queria tentar voltar um pouquinho a ter o animo que eu tinha antes, eu acho que esse desânimo que eu sinto por dentro que está me matando, essa falta de ânimo, de não ter vontade de fazer as coisas, não ter mais brilho nas coisas é que me mata. Eu sinto muita falta da pessoa que eu era antes assim, de ter aquele gás que eu tinha

antes assim, de não ter, de estar sempre querendo buscar alguma coisa, não ter tempo ruim para nada assim. A impressão que tenho mesmo é que eles acham que eu sou bipolar, porque realmente são duas pessoas. É uma de antes e uma de hoje assim, eu falo mesmo pro médico, realmente são duas pessoas porque é uma pessoa que está aqui que não sou eu, não sou eu.

A discussão encerra-se neste ponto, porém a entrevista proporcionaria um volume muito maior de aspectos a serem tratados e que foram suprimidos por estarem fora da abrangência do presente de estudo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A PÍLULA DA INFELICIDADE

O indivíduo, que do latim significa, aquele que não admite divisão sem perder seu caráter peculiar, guardada as devidas limitações, está para as ciências sociais assim como o átomo está para a física quântica.

A percepção do indivíduo como uma unidade fundamental da sociedade, sendo, ao mesmo tempo, parte constituída, constituinte e constitutiva do processo histórico, do qual ele é partícula e totalidade, nos remete a indissociabilidade dos contextos sociais nas condições de vida do ser humano.

Neste sentido, não haveria possibilidade de desenvolvimento da vida tomando-se como ponto de partida organismos individuais, e tampouco a construção de algum tipo de conhecimento através da mera comparação entre esses organismos. Parece clara a necessidade do estabelecimento de vínculos entre o indivíduo e o meio com o qual ele interage. Na visão canguilheniana, um ser vivo seria dito normal quando exposto a um meio no qual ocorressem novidades e estados de alternância. (CAPONI, 2010)

Em uma sociedade voltada para o consumo de modelos de saúde, na qual a imprecisão de parâmetros capazes de definir o que é normal e o que é patológico abre espaço para o surgimento de relações simbólicas e, por vezes distorcidas, entre o consumidor e a mercadoria, quando a relação mercantil extrapola os limites da transação comercial, podem ser observadas situações que perpassam o campo econômico, médico e social, chegando ao ponto de possibilitar a personificação do medicamento que ganha o *status* de *pessoa*. Esse processo de personificação das coisas e de coisificação das pessoas parece encobrir a fragilidade das relações humanas e sociais dos últimos tempos. Tal fragilidade torna-se mais evidente a partir do momento em que um indivíduo opta por buscar apoio para sua condição pessoal, dentro de um determinado contexto social, utilizando a via do medicamento pela qual passa a referir-se, inclusive em terceira pessoa. (BARROS, 2010; CAPONI, 2012)

A construção de fronteiras imprecisas entre o normal e o patológico refere-se a utilização de modelos estatísticos no levantamento dos dados mais frequentes em saúde. A partir de curvas e gráficos se estabelecem valores normais para a média dos indivíduos avaliados, e desse ponto em diante os indivíduos fora da faixa de "valores normais" passam, imediatamente, a condição de doente, de anormal. Pode-se criar assim uma infinidade de estados patológicos simplesmente ampliando ou reduzindo os valores contidos em uma determinada faixa tida como normal. Pela via

estatística, o trabalho de objetivação da realidade observado na psiquiatria (apoiado na validação do conhecimento e dos métodos pelo pares da mesma academia), apresenta-se como mola propulsora no alargamento das fronteiras psiquiátricas e também na proliferação de diagnósticos de transtornos mentais relacionados com situações cotidianas normais quando observados os contextos sociais nos quais ocorrem. A melhor capacidade em demonstrar esses acontecimentos embasados em processos validados, demonstra a autonomia exercida pelo campo médico como força de resistência. (BOURDIEU, 2004; CAPONI, 2010)

A partir do entendimento de que um campo, como o campo médico, não pode ser manipulado apenas por um agente, encontra-se com certa frequência a deformação de algumas concepções de saúde no sentido de ditar as regras do jogo. Assim, esse conceito poderá ser entendido como uma experiência subjetiva inerente a cada ser humano, e essa vivência pode vir a ser objeto de intervenção médica. Neste momento, poderia-se dizer que se permite a colonização do campo social pelo campo médico, ou seja, a utilização de técnicas e procedimentos com a intenção de patologizar os fatos cotidianos contextualizados em quadros nosológicos passíveis de diagnóstico e por consequência tratáveis. A colonização acontece através da normalização hierarquizante dos indivíduos, a partir de suas capacidades em atender ou não a norma, e também da possibilidade de fazer o indivíduo aproximar-se dessa, com a utilização de métodos distintos, dentre eles a medicalização. Assim, transforma-se a média de uma frequência estatística, relacionada a observação de um parâmetro biológico, em norma a ser alcançada. Os não eleitos passam a buscar essa média, chamada de normal, e enquanto não a alcançam são considerados anormais ou "doentes". (BOURDIEU, 2004; FOUCAULT, 1994)

Esse processo de colonização traz como reflexos a medicalização, a mercantilização e o alargamento das fronteiras entre o normal e o patológico, favorecendo a prescrição medicamentosa para diversos estados de ânimo que poderiam ser vistos como sendo socialmente normais, se devidamente contextualizados. Com isso, abre-se a possibilidade da comercialização de uma gama de suplementos para se alcançar uma saúde perfeita. Nesse processo, as definições de uma saúde normal e de um quadro patológico tornam-se ambíguas, isto é, cada vez mais próximas e confusas. (ANGELL, 2007; BOURDIEU, 2004; CAPONI, 2012; MARTÍNEZ, 2010)

Em vista desse processo nebuloso e confuso situa-se a dificuldade imposta a um paciente, na sua busca pela remissão de um quadro clínico, não raras vezes decorrente de uma trajetória de vida permeada por contextos conflituosos ou até mesmo adversos. Ao realizar o

diagnóstico pautado pelo modelo biologicista e medicalizante, o profissional desconsidera qualquer elemento ou condição diferente dos parâmetros biológicos. Neste sentido, os contextos sociais são descartados e a vivência do paciente é transmutada em sintomas clínicos, mascarando e até mesmo silenciando o sofrimento vivenciado de maneira cotidiana.

Dentro do panorama brasileiro, foram visitados importantes estudos, como os de Alvarenga (2008), Carlini (2006), Firmino (2012), Mendonça e Carvalho (2012), Orlandi e Noto (2005), e Noto (2002), que propiciaram a compreensão da interferência dos contextos sociais na complexidade dos casos clínicos dos pacientes crônicos de BZD, assim como, possibilitaram a contextualização de um perfil sócio-demográfico desses pacientes e de suas principais características.

A partir desse levantamento pôde-se visualizar as características mais frequentes dentro desses estudos. Os pacientes crônicos de BZD em geral são mulheres, com quarenta anos ou mais, fazem uso do medicamento por períodos superiores a dois (02) anos, apresentam um quadro clínico complexo com diagnósticos divergentes ou imprecisos, iniciaram o uso do BZD sem orientação especializada quando amigos ou familiares compartilham o remédio e vivenciam contextos sociais adversos.

A história de vida trazida neste trabalho ilustra de maneira contundente o sofrimento vivido pela paciente. Com um caminho marcado por perdas de entes queridos, sofrimento físico e psíquico, medicalização de sua vida e indefinição de um diagnóstico por mais de vinte anos, os resultados apontam para uma completa transformação na sua personalidade, chegando ao ponto dela mesma não mais se reconhecer.

Na avaliação desse relato, não há espaço para a vitimização da entrevistada, colocá-la nessa posição esgotaria por completo qualquer autonomia e dignidade remanescente, considerando que em algum momento ela teve livre direito de escolha sobre seu tratamento podendo abdicar de uma ou de outra conduta médica. Ainda assim, culpabilizá-la por determinadas escolhas feitas ou impostas a ela, apenas tornaria o entendimento do processo mais doloroso, colocando sobre seus ombros a responsabilidade pelo seu próprio sofrimento. Dessa forma, os julgamentos de valores a partir da perspectiva de quem não vivenciou o sofrimento da entrevistada não se fazem oportunos, nem mesmo necessários.

Cabe realmente uma escuta qualificada, buscando nas entrelinhas de suas palavras o que a entrevistada considera importante para o seu futuro, de modo a oferecer o suporte adequado para ela conseguir construir os alicerces e enfrentar os desafios relacionados ao envelhecimento dos tios, da criação dos filhos e do tratamento do irmão. Parece oportuno apresentá-la a uma alternativa terapêutica menos

preocupada com o tratamento medicamentoso e mais voltado para a compreensão das dificuldades dela no entendimento da sua história de vida, possibilitando seu reencontro consigo mesma. A dependência química experimentada pela entrevistada transformou-a em réu e algoz de sua própria existência, confinando-a nos últimos vinte (20) anos em uma cela química sem janelas.

Se a história de vida dessa senhora fosse um caso isolado, ainda assim não seria moralmente, nem eticamente aceitável tal história marcada pelo abuso de medicamentos. Porém, os dados ora levantados neste trabalho, apontam para a disseminação de proporções alarmantes dessa realidade. As informações coletadas no SNGPC corroboram a ocorrência de uma elevação sustentada do consumo de BZD, e de maneira mais expressiva do clonazepam. Ressalva-se que esses dados ainda não contemplam as farmácias de manipulação e nem os dispensários e congêneres do SUS, não havendo possibilidade de dimensionar com precisão a amplitude do problema. (BRASIL, 2011b)

Uma outra fonte de dados expressiva, o relatório do INCB, aponta para uma produção mundial em torno de dez (10) toneladas anuais de BZD, distribuídos em mais de cento e quarenta países. Ainda é possível verificar nesse relatório, as principais formas de desvio, contrabando e falsificação desses medicamentos, chegando a relatos das diversas formas de obtenção ilícita do mesmo, o que também se confirmou no relato da entrevistada. (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2012a)

O controle sanitário dos medicamentos contendo benzodiazepínicos, dentre eles o clonazepam, está amparado em uma aparente solidez dos instrumentos destinados a regulamentar o setor farmacêutico. Esses instrumentos podem ser compostos por leis, resoluções e portarias da ANVISA, e quando apreciados com mais atenção possibilitam compreensões e procedimentos distintos do interesse do bem comum, ou seja, da saúde do paciente.

A segurança de um produto com a finalidade medicamentosa, verifica-se através da rastreabilidade do mesmo dentro da cadeia produtiva, a partir de informações fornecidas para ANVISA por importadoras de insumos, indústrias de manufatura, distribuidoras de produtos industrializados e do comércio farmacêutico. Desta forma, seria possível rastrear o caminho percorrido por um medicamento, desde a importação dos sais para sua fabricação até o momento da comercialização no ponto de venda.

Esse rastreamento não ocorre, devido ao descumprimento das disposições estabelecidas pela Lei nº 11.903, de 14 de janeiro de 2009, a

qual determina a criação do Sistema Nacional de Controle de Medicamentos (SNCM) no prazo máximo de três (03) anos. Caso esse sistema estivesse em funcionamento haveria um amplo controle de toda a cadeia produtiva, incluindo-se neste a verificação dos prescritores e das prescrições.

A ANVISA mantém em atividade, desde 2007, o SNGPC, voltado especificamente para os medicamentos controlados, porém o sistema limita-se ao envio das informações originadas nas farmácias comerciais. Esses dados fazem referência a comercialização entre a distribuidora de medicamentos, a farmácia e os pacientes. Mesmo havendo o envio de dados de forma eletrônica e codificada sobre as transações comerciais ocorridas, parece não existir a verificação da veracidade dos dados informados e, tampouco, o cruzamento das informações sobre o prescritor, a prescrição, o paciente, a farmácia e o medicamento. (BRASIL, 1973, 1998, 2009, 2011b)

Em outras palavras, o clonazepam somente poderia ser vendido pela farmácia com apresentação e retenção do receituário numerado modelo B. A numeração desse receituário seria fornecido pela vigilância sanitária municipal aos médicos regularmente cadastrados nesse órgão. Os prescritores deveriam encomendar a confecção gráfica das receitas em empresas autorizadas pela vigilância sanitária para fazê-la. A liberação para uso desse bloco de receitas ocorreria mediante a apresentação do carimbo e da identificação do profissional solicitante. (BRASIL, 1998)

Apesar desse processo burocrático, os pontos de verificação de autenticidade das informações estão apoiados em um formulário padrão preenchido pelo profissional solicitante com carimbo e assinatura do agente sanitário municipal. Mediante esse formulário são confeccionadas as receitas, e para utilizá-las o médico deverá carimbar e assinar uma liberação de uso junto a vigilância sanitária municipal.

Desse modo, no estabelecimento farmacêutico parece não ser possível verificar a autenticidade do receituário modelo B, assim como, do carimbo médico e da assinatura do mesmo. Essa dificuldade se dá em função da impossibilidade de se consultar o número da receita, senão mediante confrontação física dos dados na vigilância sanitária local. Há também a possibilidade de se falsificar esse modelo de receituário por meio de uma impressora. Acompanha essa dificuldade, a inexistência de um cadastro nacional ou ao menos estadual da assinatura de profissionais prescritores, para uma comparação visual a fim de excluir as falsificações grosseiras, como ocorre a exemplo dos estabelecimentos bancários. Outra dificuldade é a ausência de exigências e de procedimentos legais para a

confecção do carimbo médico, bastando apenas a identificação do profissional, o que resulta na impossibilidade do reconhecimento da veracidade dos dados apresentados no momento da aquisição do medicamento.

Sendo assim, todos os atores envolvidos no processo estão desprotegidos de qualquer tipo de adulteração dos documentos obrigatórios. Mesmo havendo um arcabouço jurídico e fiscal estabelecido pela legislação, o sistema de controle sanitário parece meramente informativo, desprovido de pontos de checagem e de validação dos dados. A ausência do cruzamento das informações abre espaço para uma variedade de ações ilegais em diversos pontos da cadeia produtiva, não somente dos medicamentos controlados, mas também da produção de produtos farmacêuticos como um todo.

Parte-se da premissa que somente quando houver acesso ao conjunto de dados gerenciados pela ANVISA será possível um controle adequado do comércio de medicamentos. A partir desse acesso será estabelecido o cruzamento das informações e haverá uma rastreabilidade de toda a cadeia produtiva dos medicamentos.

Ainda assim, restaria a necessidade do estabelecimento de um sistema de receituário eletrônico, que estivesse disponível para acesso no momento da dispensação do medicamento, dentro do qual constariam os dados oficiais da secretaria de segurança pública sobre o paciente, o médico e o medicamento. Após a aquisição do produto, esses dados seriam adicionados a esse sistema e, desse modo, poderia ser concluído o ciclo da cadeia produtiva. Haveria ainda a possibilidade de inclusão de dados no pós-venda sobre reações indesejadas, devolução de medicamentos não utilizados, entre outras ações que se fazem necessárias ao uso racional dos medicamentos.

Diante da fragilidade do sistema, frente as diversas formas de adulteração vislumbradas, corroboram as informações coletadas, com enfoque especial, os estudos de Orlandi e Noto (2005) e Noto (2002) quando demonstram haver prescrição excessiva e também a facilidade na obtenção do medicamento por vias ilegais.

A banalização do clonazepam está presente no dia-a-dia das pessoas como demonstram as matérias publicadas em revistas sobre a elevação do consumo de psicotrópicos. Tal banalização aparece de maneira sutil nas relações sociais por meio de comentários sobre o comportamento diferente ou alterado de um colega. Os mecanismos pelos quais ocorre a banalização são complexos e permeados por atividades massificantes em diversos segmentos sociais:

As estratégias utilizadas passam pela divulgação extensiva a toda a classe médica, apresentando seus benefícios. Os estudos relacionados ao uso do clonazepam proporcionam uma falsa segurança para a prescrição por especialistas de outras áreas fora da psiquiatria. A divulgação do medicamento, em diversas mídias, inclusive redes sociais, aproxima os pacientes de nomes comerciais e de termos clínicos, criando um ambiente no qual os envolvidos acreditam conhecer a aplicação clínica do remédio. A publicação de relatórios oficiais como o do SNGPC, sem a devida análise crítica, de certa forma, favorece a expansão do uso, ao suscitar uma segurança relacionada ao largo consumo do medicamento.

Esses são exemplos da autonomia do campo médico, criando normas e leis internas do campo as quais sobrepõem-se às leis externas, ou seja, permitem banalizar o uso do clonazepam, ao ponto deste tornar-se brincadeira em roda de amigos. Por tratar-se de um remédio com clara capacidade de desenvolvimento de dependência e elevado risco a saúde dos seus usuários, sua banalização demonstra a autonomia e a força de resistência do campo médico. Com a propagação de uma gama de informações desconexas e por vezes imprecisas sobre os medicamentos pela mídia é possível propiciar o entendimento incorreto tanto sobre o uso quanto sobre a segurança do medicamento, o que favorece apenas o interesse de compra e venda, desrespeitando qualquer esforço para o uso racional do mesmo. (BOURDIEU, 2004; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b)

Como balanço desse volume de informações seria factível estabelecer uma forte relação entre uma história de vida de uma paciente, permeada por contextos sociais adversos, e a transformação dessa vida vivida, quando atravessada por processos medicalizantes, em uma experiência dolorosa e absolutamente sofrida. A existência de dados qualitativos e de estudos quantitativos sobre o consumo de BZD, propiciam a construção de um panorama que exige urgência na implementação de medidas para salva-guardar a saúde dos pacientes sob pena de arcar-se com os custos do tratamento de dependentes químicos, físicos e psicológicos.

A ligação entre a história de vida de um indivíduo e os seus mal-estares é tecida por sofrimentos advindos de relações sociais adversas e por vivências conturbadas que se passam no decorrer dessa história. Desprezar esses imbricamentos significa não atender o paciente na sua plenitude, uma vez que não parece adequado concebê-lo de forma dissociada do meio onde vive.

REFERÊNCIAS

- ADDICTION RECOVERY FOUNDATION. **Addiction to otc and prescribed Medicines**: reports up a primrose path. Reino Unido. 2011. Disponível em: <<http://www.addictiontoday.org/addictiontoday/2011/07/benzo-reports-2011.html>> Acesso em: 02 set. 2012.
- AHMER, S.; et al. Pattern of benzodiazepine use in psychiatric outpatients in Pakistan: a cross-sectional survey. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**, 2009. Disponível em: <<http://www.epementalhealth.com/content/5/1/9>> Acesso em: 02 set. 2012.
- ALVARENGA, J. M.; et al. Prevalência e características sociodemográficas associadas ao uso de benzodiazepínicos por idosos residentes na comunidade: projeto Bambuí. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 30, n.1, mar./ 2008.
- ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- BARBUI, C.; et al. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**, England, v. 1, n. 198, jan./ p. 11-16. 2011. Disponível em: <[10.1192/bjp.bp.109.076448](http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.109.076448)> Acesso em: 28 ago. 2012.
- BARROS, J. A. C. Ampliando espaços para a "medicalização": instrumento para desfrute de melhores níveis de saúde? In: CAPONI, S. et al. **Medicalização da vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. 1. ed. Palhoça: Ed. Unisul, 2010, p. 89-95.
- BIRKENHAGER T. K.; MOLEMAN P.; NOLEN W. A. Benzodiazepines for depression: a review of the literature. **International Clinical Psychopharmacology**, England, v.3, n. 10, p. 181-195, 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8675972>> Acesso em: 25 ago. 2012.
- BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP, 2004.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm> Acesso em: 09 dezembro 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos 2001/Ministério da Saúde**, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC**. Brasília, v.1, n.1, 2011b.

_____. Lei 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 19 de dezembro de 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm> Acesso em: 15 agosto 2013.

_____. Lei 11.903, de 14 de janeiro de 2009. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 15 de janeiro de 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2009/Lei/L11903.htm> Acesso em: 15 agosto 2013.

CARLINI, E. A.; et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País: 2005. São Paulo: Paginas & Letras, 2006.

CAPONI, S. **Loucos e Degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012.

_____. O diagnóstico de depressão, a "petite biologie" e os modos de subjetivação. In: CAPONI, S. et al. **Medicalização da vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. 1. ed. Palhoça: Ed. Unisul, 2010, p. 135-143.

_____. Georges Canguilhem: del cuerpo subjetivo a la localización cerebral. **Salud colectiva**, Lanús, v. 6, n. 2, mayo/ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000200003> Acesso em: 19 ago. 2013.

CHARLSON, F.; et al. A systematic review of research examining benzodiazepine-related mortality. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, England, v. 2, n. 18, p. 93-103, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19125401>> Acesso em: 12 ago. 2012.

CHARNEY, D. S.; MIHIC, S. J.; HARRIS, R. A. Hipnóticos e Sedativos. In: GOODMAN, L. S, et al. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 11. ed. Porto Alegre: AMGH, 2010, p. 359-381.

DUNLOP, B. W.; DAVIS, P. G. Combination Treatment With Benzodiazepines and SSRIs for Comorbid Anxiety and Depression: A Review. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 3, n. 10, p. 222-228, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2446479/>> Acesso em: 02 set. 2012.

FIRMINO, K. F. et al. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 157-166, jan./.. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100018&script=sci_arttext> Acesso em: 15 ago. 2012.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. O poder, um magnífico animal. In: FOUCAULT, M. **Dits et écrits**. Paris: Gallimard, 1994. v. 3. p. 368-382.

FRAUGER, E.; et al. Evidence of clonazepam abuse liability: results of the tools developed by the French Centers for Evaluation and Information on Pharmacodependence (CEIP) network. **Fundamental & Clinical Pharmacology**, France, v. 25, p. 633-641, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21077937>> Acesso em: 02 ago. 2012.

FURUKAWA T. A.; STREINER D. L, YOUNG L. T. Antidepressants plus benzodiazepines for major depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, England, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11405972>> Acesso em: 07 ago. 2012

GIANETTI, E. **Felicidade**: diálogos sobre o bem-estar na civilização. São Paulo: Companhia das letras, 2002.

GIL, A. C. **Estudo de caso**: estratégia de pesquisa. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GROHOL, J. Top 25 Psychiatric Medication Prescriptions for 2011. **Psych Central**, set./.. 2012. Disponível em: <<http://psychcentral.com/lib/2012/top-25-psychiatric-medication-prescriptions-for-2011>> Acesso em: 02 set. 2012.

HOLBROOK, A. M. et al. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. **Canadian Medical Association Journal**, Canada, v. 162, n. 2, p. 225-233, jan./.. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=10674059>> Acesso em: 03 ago. 2012.

HUXLEY, Aldous. **Admirável mundo novo**. São Paulo: Globo, 2009.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. **Report of the International Narcotics Control Board for 2011**. New York, 2012a.

_____. **Comments on the reported statistics on psychotropic substances**. New York, 2012b. Disponível em: <www.incb.org/pdf/technicalreports/psychotropics/2011/Comments_report_2011english.pdf> Acesso em: 02 set. 2012.

_____. **Report of the International Narcotics Control Board for 2009**. New York, 2010.

LADER, M. History of Benzodiazepine Dependence. **Journal of Substance Abuse Treatment**, United States, v. 8, p. 53-59, 1991. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1675692>> Acesso em: 12 ago. 2012.

MARTÍNEZ, H. A. A medicalização dos estados de ânimo: o consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: CAPONI, S.; et al. **Medicalização da vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. 1. ed. Palhoça: Ed. Unisul, 2010, p. 111-134.

MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n. 2, p. 1207-1212, nov./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/v13nspe2a16.pdf> Acesso em: 05 ago. 2012.

NOTO, A. R. et. al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, n.2, p. 68-73, jun. 2002.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, p. 896-902, set./out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea18> Acesso em: 04 ago. 2012.

PUANGKOT, S.; et al. Benzodiazepines misuse: The study community level Thailand. **Indian Journal Psychological Medicine**, Thailand, v. 32, n. 2, p. 128-130, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://www.ijpm.info/text.asp?2010/32/2/128/78510> Acesso em: 02 set. 2012.

RANG, H. P.; DALE, M. M. **Farmacologia**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

RICHARDSON, R. J.; et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Zacarias Antonio Mangini Jr, portador do CPF 817.433.609-59 e do RG 6.155.596, venho solicitar a sua participação na pesquisa que estou desenvolvendo, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Professora Doutora Sandra Caponi.

O título do trabalho é “CONDICIONANTES RELACIONADOS AO USO CRÔNICO DE CLONAZEPAM NO BRASIL: UMA HISTÓRIA DE VIDA.” e tem como objetivo principal analisar o desencadeamento de contextos sociais como elemento para o elevado consumo de benzodiazepínicos no Brasil.

Trata-se de uma pesquisa de mestrado, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas gravadas com pessoas que utilizam estes medicamentos. Posteriormente, essas entrevistas serão transcritas e analisadas, e publicadas na forma de uma dissertação de mestrado e de artigos científicos.

Essa pesquisa visa dar voz as pessoas que tomam medicamentos do tipo benzodiazepínicos, como por exemplo o clonazepam, no sentido de expressar sua experiência de vida relacionada ao uso deste medicamento.

Não há riscos ou desconfortos associados à participação nesta pesquisa e é garantido ao participante o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, invalidando este consentimento e autorização para publicação, sem trazer prejuízos ou constrangimentos ao participante.

Caso haja alguma dúvida em relação ao estudo, ou o desejo de interromper a participação nesta pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (48) 8431-2497, ou pelo e-mail manginifarma@hotmail.com.

Diante do exposto e pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada dos objetivos deste estudo, através de encontros compondo-se de entrevista semi-estruturada. Fui igualmente informado (a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta de dúvida acerca do assunto.
- Da segurança de ser preservada minha identidade e anonimato.
- Da liberdade de desistir do estudo em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo algum.
- Do compromisso de acesso às informações coletadas, bem como os resultados obtidos.
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos legais durante e após o término deste estudo.

Ciente, concordo em participar deste estudo.

Data: _____

Ass. Participante _____

Zacarias A. Mangini Jr

Pesquisador principal