



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO  
ESCOLA DE FARMÁCIA  
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA



ANNA KAROLINA RAQUEL DUARTE BARROSO

**“MEU REMÉDIO PRA DORMIR, MEU AMIGO INSEPARÁVEL”:**  
**Uma abordagem sobre o consumo e a percepção de pacientes sobre o uso crônico de**  
**benzodiazepínicos**

OURO PRETO - MG

2018

ANNA KAROLINA RAQUEL DUARTE BARROSO

**“MEU REMÉDIO PRA DORMIR, MEU AMIGO INSEPARÁVEL”:**  
**Uma abordagem sobre o consumo e a percepção de pacientes sobre o uso crônico de**  
**benzodiazepínicos**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Profa. Dra. Elza Conceição de Oliveira Sebastião.

Coorientadora: MSc. Cristiane de Paula Rezende

Área de Concentração: Farmácia.

OURO PRETO - MG

2018

B268a Barroso, Anna Karolina Raquel Duarte.  
Meu remédio pra dormir, meu amigo inseparável [manuscrito]: uma abordagem sobre o consumo e a percepção de pacientes sobre o uso crônico de benzodiazepínicos / Anna Karolina Raquel Duarte Barroso. - 2018.

65f.: il.: color; grafs; tabs.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elza Conceição de Oliveira Sebastião.  
Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. MSc<sup>ª</sup>. Cristiane de Paula Rezende.

Monografia (Graduação). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Farmácia. Departamento de Farmácia.

1. Psicofármacos. 2. Receptores Benzodiazepínicos. 3. Ansiolíticos. 4. Uso Racional de Medicamentos. 5. Medicalização. I. Sebastião, Elza Conceição de Oliveira. II. Rezende, Cristiane de Paula. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

Catálogo: [ficha.sisbin@ufop.edu.br](mailto:ficha.sisbin@ufop.edu.br) CDU: 615.03



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP  
Escola de Farmácia

## TERMO DE APROVAÇÃO

"Meu remédio pra dormir, meu amigo inseparável": Uma abordagem sobre o consumo e a percepção de pacientes sobre o uso crônico de benzodiazepínicos

Trabalho de Conclusão de Curso defendido por Anna Karolina Raquel Duarte Barroso e aprovado com nota 25 em 03 de Dezembro de 2018, pela comissão examinadora:

Doutorando Miguel Arcangelo Serpa (PPG CiPharma-EF-UFOP)

Doutoranda Luana Amaral Pedrosa (PPG CiPharma-EF-UFOP)

Prof. Dr. Nunciô Antônio Araújo Sá (PRMSFC-UFOP)

Doutoranda Cristiane de Paula Rezende (Coorientadora-PPG MAF-EF-UFOP)

Profa. Dra. Eiza Conceição de Oliveira Sebastião (Orientadora-DEFAR-EF-UFOP)

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Universo, que permite o encontro de ideias, harmonizando tudo em seu devido tempo.

Aos meus amigos, em especial Letícia, Bruno, George e Walesca, que acompanharam de perto as minhas emoções e desafios durante a execução do trabalho.

Ao meu amigo Mário, por todo o incentivo e palavras de apoio que me auxiliaram na etapa final.

À minha orientadora Elza, pelo estímulo, pelas trocas, pela confiança e dedicação, se dispondo sempre a acreditar junto.

À minha coorientadora Cristiane e ao Paulo, pela colaboração e apoio ao Projeto.

Aos meus familiares e amigos que indiretamente estiveram envolvidos, contribuindo com gestos e palavras de carinho e incentivo, que foram imprescindíveis nessa etapa tão importante da minha vida.

*“Não há despertar de consciência sem dor. As pessoas farão de tudo, chegando aos limites do absurdo para evitar enfrentar a sua própria alma. Ninguém se torna iluminado por imaginar figuras de luz, mas sim por tornar consciente a escuridão.”*

(Carl Gustav Jung)

## PRÓLOGO

A realização deste trabalho foi inspirada, inicialmente, pela observação da experiência da minha mãe que faz uso do benzodiazepínico alprazolam há anos. Acompanhando de perto os relatos de sofrimento dela, que é usuária crônica e dependente deste psicofármaco, comecei a sentir uma inquietação ao perceber como esses medicamentos são amplamente utilizados, de forma inadequada e como os pacientes facilmente se tornam dependentes dessas substâncias. Frequentemente esses usuários começam a sentir os efeitos do uso continuado, sendo notável o apego ao medicamento e muitas vezes dolorosa a tentativa de retirada.

Um das principais consequências que observei, seja entre pessoas próximas, ‘como a minha mãe e amigos’ ou durante a execução do trabalho, é a “anestesia emocional” decorrente dos efeitos dos psicotrópicos. Em muitos casos, é notória a entrega aos “bons efeitos” do medicamento e o afastamento do sujeito às suas experiências de sofrimento, anulando as possibilidades de elaboração e criação de novas perspectivas.

Com o intuito de me aprofundar mais no tema para compreender melhor os fatores que se relacionam com esses comportamentos, me adentrei pelos campos da psicanálise e filosofia, o que me proporcionou uma visão mais ampla e nova sobre um assunto que, no decorrer de sua execução, foi despertando o meu interesse em discorrer mais sobre o tema e que certamente não se exauriu com a finalização deste trabalho.

Algumas fontes, mesmo que não citadas, foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e serviram de base para o desenvolvimento do tema, que foi sendo construído baseado em percepções tão íntimas que não consigo exteriorizar com total clareza. Acredito que a construção partiu de dentro para fora. Os livros de psicanálise disponibilizados pela professora Elza foram despertando a minha curiosidade e interesse em seguir por este caminho. Surgiu o desejo de explorar um campo que era, até então, latente em meu ser. Canais do YouTube como: “A casa do saber”, “Café Filosófico” e o “Falando Nisso”, sendo este último do professor e psicanalista Christian Dunker, me inspiraram e me acompanharam durante todo o processo, sendo cruciais e inspiradores.

Além disso, livros de comunicação como “A entrevista de ajuda- Alfred Benjamin” e “Comunicação Não-Violenta- Marshall Rosenberg” foram imprescindíveis para que eu tivesse um preparo adequado, estabelecendo um contato mais empático e cuidadoso com os entrevistados.

Outras inspirações, como a escolha do título e a elaboração da cartilha “Autocuidado diante do sofrimento”, surgiram das narrativas dos entrevistados e percepções que tive através da análise das entrevistas. Uma entrevistada refere-se ao diazepam como seu amigo: “**esse é meu amigo inseparável né**” (Eto.07), que foi adaptada para a criação do título. Outra denota o apego ao medicamento: “**meu remédio pra mim dormir** (Eto.02) ”, sendo comum esse comportamento, relatado também por outros entrevistados (mesmo que utilizando outras expressões) e abordado dentro do trabalho.

Estive, em muitos momentos, de frente com os meus próprios sentimentos, me deparei com situações inesperadas e que resultaram na manifestação de um lado que é, na maioria das vezes, reprimido ou pouco relatado pelo profissional que lida diretamente com o sofrimento do paciente: a sua própria angústia e sentimentos diante do outro que sofre. Contudo, muito mais que a execução de um Trabalho de Conclusão de Curso, essa experiência me permitiu um crescimento pessoal e profissional imensuráveis e que, essencialmente, ultrapassaram os objetivos deste trabalho.

*Anna Karolina Raquel Duarte Barroso*

## RESUMO

A elevada utilização de benzodiazepínicos (BZD's), principalmente para o tratamento de insônia e ansiedade, incita a necessidade de investigar este consumo através da análise de relatos de pacientes que fazem o uso crônico. Foi feito o levantamento de consumo de BZD em Ouro Preto e Mariana por meio de um estudo transversal, com abordagem quali-quantitativa para conhecer a percepção de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o uso desses psicofármacos, após aprovação por Comitê de Ética. Os dados quantitativos dos anos de 2016 e 2017 resultaram nos cálculos da média estimada da Dose Diária Definida (DDD), por habitante, para o clonazepam e o diazepam. A pesquisa de percepção foi de metodologia qualitativa, executada no mês de julho de 2018, por meio de entrevistas semiestruturadas com usuários aleatórios que chegavam à farmácia central da sede de Ouro Preto. Constatou-se que o clonazepam de 2,0 mg é o BZD mais consumido dentre os disponíveis pela REMUME dos municípios. A média estimada da DDD dos medicamentos, respectivamente, para os anos de 2016 e 2017 foram para Ouro Preto: clonazepam (167,2) e diazepam (33,0) e para Mariana: clonazepam (267,7) e diazepam (36,45). A análise das entrevistas permitiu observar alguns fatores que determinam o uso dos ansiolíticos, como: fuga da realidade, traumas, fácil aquisição do medicamento e a busca por um estado de bem-estar ou de anestesia emocional. Pela interpretação das falas, foi possível também compreender que os participantes entendem que as consequências do uso prolongado destes medicamentos podem trazer maiores complicações, principalmente a dependência ou, como referido, 'vício' por esses medicamentos. Dessas entrevistas, notou-se a necessidade de produção de um *folder* de caráter informativo sobre precauções com o uso de ansiolíticos e uma cartilha educativa ilustrada com foco no autocuidado. Neste contexto, é notável que o farmacêutico desempenha um papel imprescindível para a promoção do uso racional dos BZD, por ser o profissional capacitado e responsável por intermediar a relação medicamento-paciente. Visando a promoção da saúde e uso correto de psicofármacos, o farmacêutico pode elaborar medidas educativas informando ao paciente sobre a sua condição e sobre os medicamentos que ele faz uso. Essas atitudes, além de estimularem o autocuidado, podem diminuir as consequências que o uso irracional de medicamentos gera para o sistema da saúde e para o paciente. Pretende-se aplicar as propostas desenvolvidas neste trabalho nos municípios onde foi realizada a pesquisa.

**Palavras-chave:** Psicofármacos. Benzodiazepínicos. Ansiolíticos. Uso Racional de Medicamentos. Medicalização. Educação em Saúde.

## ABSTRACT

The high use of benzodiazepines (BZD's), mainly for the treatment of insomnia and anxiety, there is a need to investigate this consumption through the analysis of interviews with chronic users. A BZD survey was conducted in Ouro Preto and Mariana and a cross-sectional study was conducted with a quali-quantitative approach to know the perception of patients from the Sistema Único de Saúde (SUS) about the use of these psychoactive drugs, after approval by the Ethics Committee. The quantitative data from 2016 and 2017 resulted in calculations of the estimated Defined Daily Dose (DDD) per capita for clonazepam and diazepam. The perceptual research was a qualitative methodology executed in July 2018, through semi-structured interviews with random users who arrived at Ouro Preto's Central Pharmacy. It was found that clonazepam 2.0 mg is the most consumed BZD among those available by REMUME. The estimated median DDD of these drugs in 2016 and 2017 were for Ouro Preto: clonazepam (167.2) and diazepam (33.0) and for Mariana: clonazepam (267.7) and diazepam (36, 45). The analysis of the interviews allowed us to observe some determinant factors about the use of anxiolytics such as: escape from reality, traumas, easy acquisition of the medication and the search for a state of well-being or emotional anesthesia. By interpreting the speeches, it was also possible to know that the participants understand that the consequences of prolonged use of these drugs can bring greater complications, mainly dependence or, as referred to, 'addiction' for these drugs. From these interviews, it was noted the need to produce an informative folder about precautions with the use of anxiolytics and an educational booklet illustrated with focusing on self-care. In this context, it is notable that the pharmacist plays an essential role in promoting the rational use of the BZD, since it is the professional trained and responsible for mediating the drug-patient relationship. Aiming the health promotion and the correct use of psychoactive drugs, the pharmacist can design educational measures informing the patient about his condition and the medications he uses. These attitudes, in addition to stimulating self-care, can minimize the consequences that the irrational use of medicines generates for the health system and for the patient. It is intended to apply the proposals developed in this work in the cities where the research was carried out.

**Keywords:** Psychoactive drugs. Benzodiazepine. Anxiolytics. Rational use of drugs. Medicalization. Health Education.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APA - American Psychological Association  
ATC - Anatomical Therapeutic Chemical  
BZD - Benzodiazepínico  
CLZ - Clonazepam  
DDD - Dose Diária Definida  
DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais  
DZP - Diazepam  
ETO - Entrevistado  
ETR - Entrevistador  
ISRS - Inibidores seletivos de receptação de serotonina  
IRSN - Inibidor da recaptção de serotonina e norepinefrina  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OP - Ouro Preto  
REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TA - Transtorno de ansiedade  
TAG - Transtorno de ansiedade generalizada  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Valores de DDD obtidos e quantidade em miligramas dos psicofármacos estudados e dispensados nos anos de 2016 e 2017 nas farmácias centrais de Ouro Preto e Mariana.....29

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Perfil Geral dos entrevistados de Ouro Preto e Mariana, julho de 2018.....	32
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Dispensação pela Farmácia Central de formas farmacêuticas de BZD constantes na REMUME de Ouro Preto, mês a mês em 2016.....	25
Gráfico 2 - Dispensação pela Farmácia Central de formas farmacêuticas de BZD constantes na REMUME de Ouro Preto, mês a mês em 2017.....	25
Gráfico 3 - Dispensação pela Farmácia Central de formas farmacêuticas de BZD constantes na REMUME de Mariana, mês a mês em 2016.....	26
Gráfico 4 - Dispensação pela Farmácia Central de formas farmacêuticas de BZD constantes na REMUME de Mariana, mês a mês em 2017.....	27

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL .....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 COMPREENDENDO O CONTEXTO HISTÓRICO DA MEDICALIZAÇÃO E USO CRÔNICO DE BZD..	16
4 METODOLOGIA.....	21
4.1 MAPEAMENTO DO CONSUMO DE BZD EM OURO PRETO E MARIANA .....	21
4.2 ANÁLISE QUALITATIVA DOS FATORES DETERMINANTES DO USO DE BZD .....	21
4.3 ANÁLISE DAS CONSEQUÊNCIAS DO USO IRRACIONAL DE BZD .....	22
4.4 ELABORAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO .....	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	24
5.1 MAPEAMENTO DO CONSUMO DE BZD EM OURO PRETO E MARIANA .....	24
5.2 SIGNIFICAÇÃO DAS FALAS: POSSÍVEIS FATORES QUE INDUZEM AO USO CRÔNICO DE BZD E SUAS CONSEQUÊNCIAS .....	32
5.2.1 <i>O sono como um ideal impossível (insônia)</i> .....	33
5.2.2 <i>O sono como fuga</i> .....	34
5.2.3 <i>A singularidade do sofrimento e o distanciamento do sujeito de sua própria dor</i> .....	36
5.2.4 <i>A fácil aquisição do medicamento</i> .....	40
5.2.5 <i>Experiências traumáticas</i> .....	41
5.2.6 <i>A busca de um estado de completo bem-estar e ausência de sofrimento</i> .....	42
5.2.7 <i>A medicalização da dor e suas consequências</i> .....	43
5.3 MATERIAL EDUCATIVO.....	46
6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	49
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	50
EPÍLOGO: A NARRATIVA DA MINHA ANGÚSTIA DIANTE DA DOR DO OUTRO ...	52
REFERÊNCIAS .....	53
APÊNDICES .....	60

## 1 INTRODUÇÃO

O aumento da utilização de psicofármacos, não só no Brasil como em todo o mundo, caracteriza-se como um problema na área da saúde (NASARIO; SILVA, 2015; PIZZOL, 2006). A questão do excesso de medicalização passa por implicações clínicas, sociais e econômicas, sendo um fenômeno complexo e multifatorial (WHO, 2005).

A indústria farmacêutica possui grande influência no processo de medicalização ao promover a ideia de que existe uma pílula capaz de aliviar instantaneamente o sofrimento (COSER, 2010; SOALHEIRO; MOTA, 2014). Além disso, a formação falha dos profissionais e a pressão que os pacientes fazem nos consultórios para a obtenção de um tratamento medicamentoso corroboram para configuração dessas complicações (ORLANDI, 2005).

Observa-se uma necessidade em tratar sintomas psíquicos de maneira imediata e isso acarreta uma série de novos impasses que o indivíduo acaba encontrando futuramente (DANTAS, 2009). Apesar de alguns pacientes notarem os malefícios do uso continuado dos psicotrópicos, estes enfrentam um grande desafio, bem como os médicos, na tentativa de retirada do medicamento devido à dependência que eles provocam (CARVALHO; RODRIGUES; GOLZIO, 2016).

Desde o início, o paciente que busca o cuidado em saúde mental deve ser acolhido e orientado, sendo importante a execução de uma escuta profissional ativa, dentre outras intervenções, para a efetivação de um tratamento qualificado, integral e de acordo com a necessidade de cada indivíduo (JORGE *et al.* 2011). Dessa forma, é fundamental que o profissional considere a subjetividade de cada sujeito, bem como os fatores que o influenciam (DUPOTÉY *et al.* 2009).

No contexto do consumo crescente de benzodiazepínicos (BZD) pela população brasileira (AZEVEDO; ARAÚJO; FERREIRA, 2016), surge a necessidade de trabalhos que abordem a problemática da medicalização e do uso crônico dos psicofármacos, sendo o farmacêutico uma peça chave para promover o uso racional de medicamentos e intervenções de educação em saúde (CORREIA; GONDIM, 2014).

Com base nessa perspectiva, a pesquisa conduzida nos municípios de Ouro Preto e Mariana tem a intenção de promover intervenções e abordagens que questionem o uso continuado dos BZD, considerando o alto consumo e consequências prejudiciais da utilização crônica.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Realizar o levantamento de consumo de benzodiazepínicos em Ouro Preto e Mariana e a percepção de pacientes sobre o consumo de psicofármacos e fatores que levam ao uso.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Mapear o consumo de benzodiazepínicos disponíveis na rede pública de saúde de Ouro Preto e Mariana;
- Refletir sobre os possíveis fatores que induzem e facilitam esse uso;
- Compreender as possíveis consequências do uso irracional destes fármacos;
- Elaborar material educativo para prevenir e conscientizar a população leiga, em relação aos riscos do uso continuado e da dependência dos benzodiazepínicos.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Compreendendo o contexto histórico da medicalização e uso crônico de BZD

A psiquiatria sofreu grandes mudanças com o decorrer dos anos, sendo importante o conhecimento histórico para entender os fenômenos atuais. Conforme Dunker (2014) é observado que, desde a primeira versão do DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais) em 1952 até o modelo atual de 2013, cerca de 800 páginas foram adicionadas com novas categorias de transtornos mentais (APA, 2014). Este manual foi criado com o objetivo de homogeneizar os diagnósticos dos transtornos mentais em diferentes países, de forma a criar uma linguagem única para defini-los e classificá-los dentro do campo da psiquiatria. Além disso, o DSM é usado para a obtenção de dados estatísticos, como já sugere o seu nome (DUNKER, 2014).

Dunker (2011) aponta que as grandes estruturas clínicas da psicanálise definidas por Freud em suas obras, antes eram estudadas e compreendidas em suas totalidades e complexidades (neurose, psicose e perversão), atualmente encontram-se fragmentadas em subcategorias clínicas e possuem relação direta com os estudos dos efeitos dos medicamentos sobre determinado sintoma. Com base nesse pensamento compreende-se que não houve o surgimento de novos sintomas, estes apenas ganharam novos nomes e foram reorganizados dentro das novas categorias clínicas.

Soalheiro e Mota (2014) também endossam essa percepção mostrando a influência dos manuais de diagnósticos, utilizados na psiquiatria, no fenômeno de medicalização que ocorre atualmente. Esta relação direta entre as mudanças nos manuais com a advento do psicofármaco também é muito bem descrita por Coser (2010).

Com a descoberta dos medicamentos psicotrópicos na década de 50, o olhar da psiquiatria sobre o indivíduo acometido pelo sofrimento psíquico passou a ser direcionado ao modelo biológico, baseado em estudos científicos que comprovassem as alterações químicas e biológicas advindas do uso do medicamento (VERHOEVEN; TUINER, 2001). Dessa forma, a comprovação científica dos efeitos dos psicofármacos sobre determinado sintoma psíquico antecede ao diagnóstico. Esse processo de **cientifização da dor humana** (COSER, 2010) é consolidado e facilmente observado na “bíblia da psiquiatria”, utilizada para fins de diagnóstico, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, que conta com mais de 300 categorias de transtornos distintas em sua última versão, o DSM-V (APA, 2014).

A exemplo, pode-se observar esse fato entendendo sobre a ansiedade, sendo um fenômeno multifatorial assim como a insônia, e que pode ser medicalizada com benzodiazepínicos (FIRMINO, 2012), tema central do trabalho. É de senso comum que a ansiedade é um fenômeno natural da vida, surgindo nas variadas situações do cotidiano, conforme exposto pelo *National Institute of Mental Health* (NIMH, 2016).

De acordo com o DSM-V disponibilizado pela *American Psychiatric Association* (APA, 2014), os transtornos de ansiedade geralmente aparecem na infância, podendo prolongar-se até a fase adulta. Além disso, segue-se um protocolo durante o diagnóstico, onde após descartadas as situações de uma ansiedade pós utilização de alguma substância ou algum outro acometimento patológico, seja físico ou mental, é que se considera um quadro de transtorno de ansiedade. São classificados como transtorno de ansiedade, segundo o DSM-V: transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de ansiedade induzida por substância/medicamento, transtorno de ansiedade associado à outra condição médica, transtorno de ansiedade sem outra especificação.

A seguir, descreve-se brevemente sobre os principais tipos de transtornos de ansiedade (TA) apresentados no DSM-V:

No transtorno de ansiedade de separação, o indivíduo sofre por medo de perder as figuras de apego, podendo ocorrer pesadelos e sintomas físicos (cefaleia, vômitos e dor abdominal). É mais frequente na infância, mas pode ocorrer também em adultos.

No mutismo seletivo há o medo de falar em condições onde se exige a fala. A criança pode se comunicar bem no ambiente familiar, por exemplo, mas possuir dificuldade em falar no ambiente escolar. Ocorre principalmente em crianças antes dos cinco anos de idade, dificultando atividades escolares e impactando no convívio social.

Os indivíduos com fobia específica apresentam quadros de ansiedade diante de uma situação ou algo específico (p. ex. medo de insetos, altura, sangue).

Na fobia social, a pessoa tem medo de ser vista de uma forma negativa por outras pessoas. O indivíduo acometido por esse tipo de transtorno começa a evitar situações sociais, podendo surgir um afastamento por mais de seis meses.

O transtorno do pânico é caracterizado por acometimentos súbitos de medo, os chamados “ataques de pânico”, que são acompanhados de sintomas como: palpitação, sudorese, falta de ar, tontura, taquicardia, etc. Estes sintomas se iniciam de forma brusca e podem durar de 10 a 30 minutos.

A agorafobia está presente em situações onde o indivíduo tem medo de não conseguir sair de um local ou de não ter o recurso para alguma situação que pode acometê-lo no momento. Pode ocorrer, por exemplo, em locais com aglomeração de pessoas, locais fechados como ônibus e elevadores, por exemplo.

No transtorno de ansiedade generalizada (TAG), a pessoa apresenta sintomas de ansiedade durante as diversas situações, comprometendo suas atividades diárias. Alguns dos sintomas físicos que a pessoa com TAG apresenta são: inquietação, dificuldade para se concentrar, distúrbios de sono, etc.

A ansiedade também pode ser decorrente do uso de algum medicamento ou substância que pode ter causado toxicidade, abstinência, ou pode ser decorrente de outras condições médicas (APA, 2014).

Os manuais de diagnóstico, apesar de serem respeitados na psiquiatria para determinar um quadro psicopatológico, têm dividido opiniões. Com a última versão do manual, o DSM-V, novas categorias foram acrescentadas no intuito de diferenciar melhor os transtornos mentais, no entanto, há uma preocupação em caracterizar situações não patológicas como algum tipo de transtorno mental (ARAÚJO; NETO, 2014).

Ramos (2009) evidencia que as diferentes classificações dos transtornos de ansiedade podem levar ao aumento da comorbidade. Barlow e Durand (2015) relatam que cerca de 50% das pessoas acometidas por algum tipo de transtorno de ansiedade apresentarão mais de um transtorno de ansiedade associado ou acompanhado de um quadro de depressão. No entanto, conforme as referências anteriores, há que se pensar se a comorbidade não tem relação com o modelo de classificação atual que é criterioso em subdividir os sintomas.

Diante deste modelo, qualquer dor humana encontra a sua denominação dentro dos manuais psiquiátricos. Não é difícil abrir o DSM e se identificar com alguma categoria de transtornos mentais que estão ali descritas, como se a dor do sujeito pudesse sempre ser definida com base nos critérios de diagnóstico já pré-estabelecidos e delimitados (TUCHERMAN, 2015). Com esse novo modelo clínico, o sofrimento psíquico perde a sua singularidade (VIEIRA, 2001), pois agora cada experiência de sofrimento é delimitada por um nome.

Na chamada “psiquiatria moderna”, marcada pela chegada de psicofármacos importantes, como o famoso Prozac®, cujo princípio ativo é a fluoxetina, em 1987, há um índice elevado de pessoas que passaram a ser diagnosticadas com algum tipo de transtorno mental. Havendo uma substância capaz de modificar a concentração de neurotransmissores, a ideia da existência de uma patologia relacionada ao déficit de determinado composto no

cérebro passa a ser propagada, haja vista que existe uma substância, o medicamento, capaz de promover o equilíbrio químico faltante (WHITAKER, 2005). Para este mesmo autor, é de conhecimento científico os dados que comprovam a relação do surgimento de sintomas crônicos decorrentes do uso dos psicotrópicos. À medida que se descobre um medicamento capaz de modificar um estado biopsicológico, este passa a ser caracterizado como uma patologia (SOLOMON, 2002).

O discurso médico é bem explicado por Danziato e Souza (2016), onde reúnem as considerações de grandes estudiosos deste processo como Canguillhem, Foucault e Lacan. Baseado em suas considerações pautadas nestes pensadores, compreende-se que este fenômeno, ‘o discurso médico’, se caracteriza por transformações tanto no âmbito político quanto no social. É importante compreender que este é um processo que vai além do papel dos profissionais envolvidos e que, portanto, não se limita às atitudes tomadas pelo médico em si ou por outro profissional (DANZIATO; SOUZA, 2016). Segundo este mesmo autor, o discurso médico influencia a sociedade como um todo, de forma que o próprio indivíduo já vai ao consultório em busca de uma nomeação de seu sofrimento, bem como a cura.

Conforme Zorzanelli e Cruz (2018), a medicalização é um fenômeno complexo, tanto na definição de Foucault, que é motivada por fenômenos do século XVII, como por exemplo, o processo de sanitização, quanto a visão da medicalização que ocorre na contemporaneidade. Para esses mesmos autores, em resumo, a medicalização envolve fatores sociais e de biopoder que influenciam o controle da saúde dos indivíduos, de forma que há sempre a necessidade de promover uma intervenção médica para aquilo que foge da normalidade, no entanto, **é flutuante a definição e distinção entre o normal e o patológico**. A partir destes conceitos percebe-se que o saber médico acaba prevalecendo sobre a vida dos indivíduos, por vezes, se caracterizando como uma forma de domínio sobre o sujeito. A breve conceituação sobre a medicalização não tem o objetivo de adentrar a fundo neste campo, que é complexo e envolve muitas variantes, no entanto, é importante para entender como este fato se relaciona com o alto consumo de psicofármacos na contemporaneidade.

Devido ao fenômeno de medicalização, são muito observados pacientes com queixas decorrentes de estresses cotidianos e preocupações comuns da vida, fazendo o uso desnecessário de BZD's (BALDWIN, 2014). Nesse sentido, sabe-se que é crescente a utilização dos BZD's para o tratamento de transtornos de ansiedade e insônia, sendo uma das classes medicamentosas mais prescritas não só no Brasil, como no mundo (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

Segundo a revisão de Marchi e colaboradores (2013), diversos estudos apontam para o elevado consumo de BZD por um tempo além do recomendado e, em muitos casos, sem o conhecimento acerca dos efeitos adversos decorrentes do seu uso. Os BZD's se administrados por um longo período, maior que seis semanas, podem causar sintomas como: abstinência, tolerância e dependência, além de outros efeitos (ANDREATINI; LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001).

Os BZD's apesar de serem os mais utilizados para os tratamentos dos Transtornos de ansiedade (SCHATZBERG; COLE; BATTISTA, 2009), não são primeira escolha nos casos crônicos de ansiedade. Os inibidores seletivos de receptação de serotonina (ISRS) e os inibidores da recaptção de serotonina e norepinefrina (IRSNS) são considerados como tratamento medicamentoso de primeira linha, principalmente pelos seus efeitos tanto a curto, quanto a longo prazo, e devido à uma maior tolerabilidade (BALDWIN, 2014). Nos casos de insônia os BZD's possuem bons resultados, no entanto, não existem muitos estudos que comprovam a sua eficácia por um tempo maior de uso, além dos efeitos adversos preocupantes consequentes do uso crônico (MORIN; BENCA, 2012).

Associado aos efeitos adversos do uso crônico, também é visto que o tratamento medicamentoso com esses fármacos não é o suficiente. Em muitos casos há necessidade de associar mudanças de hábitos de vida e eliminar os estressores que desencadeiam os problemas centrais dos quadros de ansiedade (VORKAPIC; RANGÉ, 2011).

Atualmente há uma grande preocupação com o uso prolongado dos BZD, sendo fundamental elaborar medidas educativas para fomentar a descontinuidade do uso desses medicamentos de forma efetiva. Ações educativas para médicos, farmacêuticos e pacientes promovem o uso racional dos medicamentos (HALME, *et al.* 2013). Segundo Parr e colaboradores (2009) é comprovado que a diminuição lenta da dose (desmame) associada com psicoterapias são efetivas para a descontinuidade do uso desses psicotrópicos e ajudam os usuários a lidarem com os efeitos de abstinência e dependência do medicamento.

## 4 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, descritivo, com abordagem quali-quantitativa, nas unidades de dispensação de psicofármacos do SUS da Região dos Inconfidentes (Mariana e Ouro Preto), após aprovação por Comitê de Ética (CAAE: 79734917.2.0000.5150).

### 4.1 Mapeamento do consumo de BZD em Ouro Preto e Mariana

Para o levantamento do consumo de benzodiazepínicos, foi feita uma pesquisa farmacoepidemiológica descritiva retrospectiva, dos anos de 2016 e 2017, nas farmácias centrais das sedes dos municípios de Mariana e Ouro Preto, onde foi caracterizada a prevalência do consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos constantes da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME dos municípios.

Em Ouro Preto, os dados foram obtidos verificando a quantidade de BZD prescritas e dispensadas para cada notificação de receita, analisando uma a uma, dos anos de 2016 e 2017.

Os dados de consumo de Mariana foram adquiridos através do acesso às planilhas de Excel disponibilizadas pela farmacêutica responsável da Farmácia Central de Mariana, constando o consumo total de BZD's nos anos da pesquisa.

Após a coleta dos dados, estes foram trabalhados em planilhas de Excel. A quantidade de formas farmacêuticas totais dispensadas foi transformada em miligramas totais para clonazepam e diazepam. Posteriormente, foram feitos os cálculos da DDD (dose diária definida) por 10.000 habitantes por dia para ambos.

Desta forma, obteve-se como resultado a Dose Diária Definida (DDD) por 10.000 habitantes. Considerou-se como habitantes, conforme a fórmula abaixo, a população total de cada município.

$$\text{Fórmula para realização do cálculo: } \textit{Dose Diária Definida} = \frac{\textit{mgtotal} \times 10.000\textit{hab}}{\textit{DDD} \times \textit{hab} \times 365 \textit{dias}}$$

### 4.2 Análise qualitativa dos fatores determinantes do uso de BZD

A pesquisa de percepção (análise qualitativa) foi executada no mês de julho de 2018, por meio de entrevistas semiestruturadas com usuários aleatórios que chegavam às farmácias centrais de Ouro Preto e Mariana.

O roteiro (Apêndice A) foi de abordagem qualitativa. Estas entrevistas foram individuais após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e foram gravadas após consentimento. Foram realizadas nas próprias unidades amostrais, em ambiente apropriado que garantisse a confidencialidade e anonimato dos participantes.

A seleção dos entrevistados foi aleatória, sendo convidados a participarem da pesquisa os usuários que chegavam à farmácia central da sede de Ouro Preto para aviar suas receitas dos referidos benzodiazepínicos. Foram selecionados os usuários que faziam o uso crônico desses medicamentos, com idade igual ou maior que 18 anos e que possuíam capacidades intelectuais e cognitivas para compreender as perguntas. Os critérios de inclusão eram: homens e mulheres adultos, atendidos em qualquer um dos três níveis de atenção à saúde do SUS Ouro Preto, sob uso contínuo de ansiolíticos por no mínimo quatro meses, que consentissem em assinar o TCLE. Foram excluídos os sujeitos que apresentassem confusão mental, limitações cognitivas ou sequelas neurológicas, que limitassem a compreensão dos objetivos e questionamentos do estudo ou que não consentissem em assinar o TCLE.

As entrevistas foram transcritas *ipsis litteris* garantindo a fidedignidade das falas. Para a análise desses dados qualitativos utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo Temático Categorical. Foram explorados os temas emergentes segundo a significação das falas. Conforme Bardin (1979 p. 105, *apud* MINAYO, 2014), “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto”.

O material bruto (entrevistas gravadas) foi explorado e inicialmente foi feita uma pré-análise. Após, foi feita uma formulação das hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa. A leitura exaustiva do material associado ao conhecimento teórico prévio permitiu levantar as hipóteses iniciais sobre as consequências do uso crônico dos BZD. Na fase exploratória, foi feita uma categorização para a organização das falas e significação das mesmas.

#### **4.3 Análise das consequências do uso irracional de BZD**

As consequências do uso crônico dos BZD’ foram exploradas também seguindo a técnica de Análise de Conteúdo Temático Categorical. Após a leitura exaustiva das entrevistas transcritas e escuta das gravações, identificou-se os tópicos emergentes a partir do conteúdo manifesto nas falas. Os tópicos emergentes foram consequentemente organizados em categorias, reconstruindo desta forma o discurso. Essas fases de pesquisa são descritas por Bardin (1979, p.105, *apud* MINAYO, 2014).

#### 4.4 Elaboração de material educativo

Para conscientizar a população sobre os riscos do uso continuado dos BZD, foi confeccionado um *folder* de caráter informativo para alertar os usuários, visto que é escasso o material que aborda sobre esses medicamentos, apesar de serem muito utilizados. O *folder* (Apêndice C) contém as principais informações sobre as precauções ao usar ansiolíticos. Estas informações foram retiradas de material científico idôneo e as ilustrações foram retiradas de pictogramas ou desenhos de livre domínio na internet.

Para educação em saúde da população leiga, foi elaborada uma cartilha com foco no autocuidado (Apêndice D). O tema foi escolhido baseado nas experiências e percepções obtidas por meio das entrevistas, a fim de colocar o leitor mais ciente de sua própria dor e também das mudanças e influências existentes na sociedade atual que justificam o mal-estar contemporâneo.

A cartilha foi escrita com frases motivacionais, ilustrada com pinturas artísticas escolhidas pela importância de alguns movimentos como o expressionismo, que é conhecido por expressar sentimentos como a angústia da humanidade, sendo ainda muito evidente nos dias atuais. Outras imagens como algumas obras do famoso pintor Vincent van Gogh, este mesmo conhecidamente portador de sofrimento mental, foram selecionadas para representar a importância da arte para as pessoas que possuem algum acometimento psíquico, sendo um recurso importante para se trabalhar em saúde mental.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Mapeamento do consumo de BZD em Ouro Preto e Mariana

À época do estudo, os BZD padronizados pela REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) da cidade de Ouro Preto (OP) eram: clonazepam 2,0 mg, clonazepam 0,5 mg, clonazepam 2,5 mg/mL, diazepam 10,0 mg e lorazepam 1,0 mg. Em Mariana, os mesmos de OP, além de diazepam 5,0 mg e exceto lorazepam 1,0 mg.

Desta forma, para este estudo, os medicamentos- alvo foram apenas o clonazepam e o diazepam.

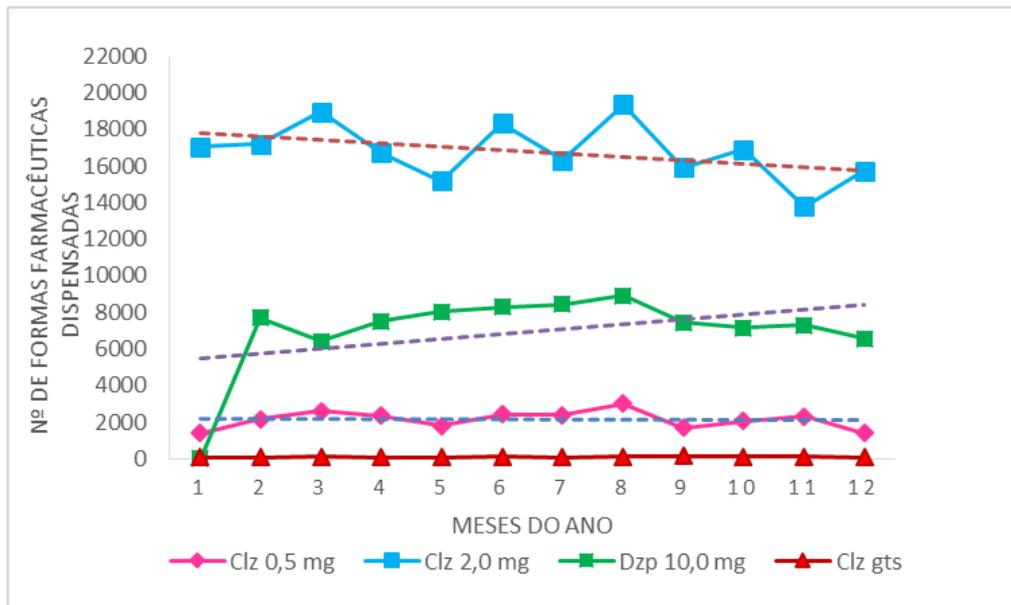
Em 2016, as notificações de receitas B, “receitas azuis”, atendidas e retidas na farmácia de Ouro Preto, referentes às substâncias psicotrópicas com potencial de abuso, corresponderam a 5.477 receitas e um total de comprimidos de 314.270. O BZD mais prescrito dentre os disponíveis foi o clonazepam de 2,0 mg, um total de 201.320 comprimidos, ou seja, 64,1% do total do consumo de BZD. O medicamento prescrito na notificação de receita B1 é dispensado para 60 dias de tratamento, conforme a portaria 344/98.

Pode haver uma percepção de que tais resultados foram superestimados, uma vez que nem toda quantidade dispensada pode ter sido utilizada pelo paciente. No entanto, é provável que dificilmente os pacientes não utilizem o que se obtém por prescrições, dado exatamente seu perfil de abuso e dependência. Por isso, neste estudo, considerou-se que a quantidade dispensada era a mesma quantidade consumida.

Ainda em OP, no ano de 2017, houve desabastecimento em alguns meses o que pode ter influenciado na diminuição do consumo limitando a elaboração dos cálculos de DDD. Dentre as 4.573 receitas analisadas em 2017, ocorreram a dispensação de um total de 262.255 comprimidos, sendo 59% correspondentes ao clonazepam 2,0 mg, ou seja, o BZD mais consumido.

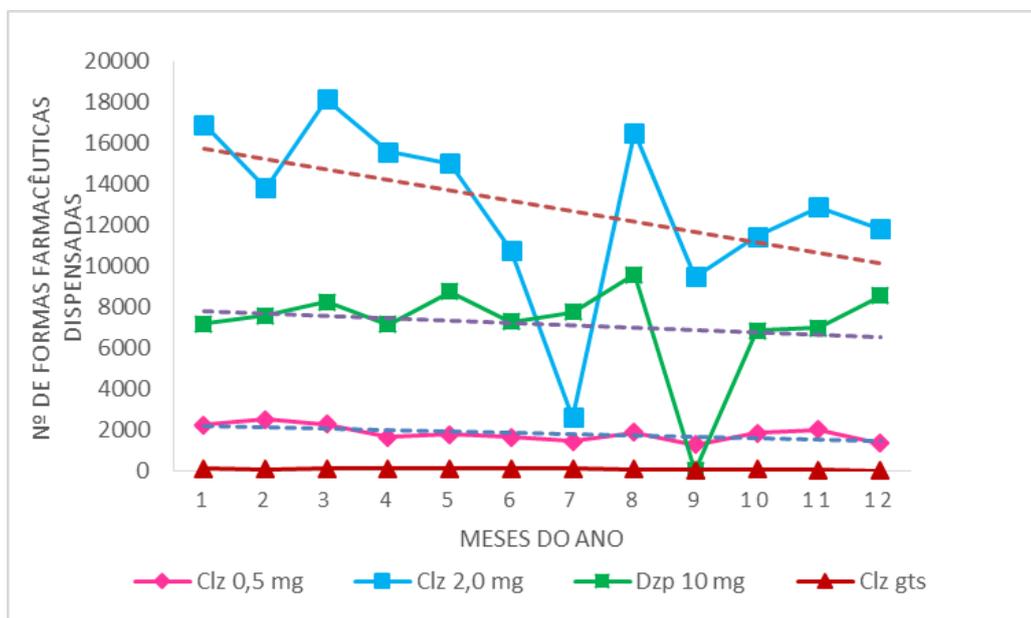
A seguir, são apresentados os gráficos apontando a variação mensal dos benzodiazepínicos em estudo, em Ouro Preto, no ano de 2016 e 2017, respectivamente, mês a mês. Os gráficos têm o objetivo de evidenciar qual BZD é o mais dispensado.

**Gráfico 1 - Dispensação pela Farmácia Central de formas farmacêuticas de BZD constantes na REMUME de Ouro Preto, mês a mês em 2016**



Fonte: Elaborado pela autora.

**Gráfico 2 - Dispensação pela Farmácia Central de formas farmacêuticas de BZD constantes na REMUME de Ouro Preto, mês a mês em 2017**



Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme já mencionado, o clonazepam de 2,0 mg é o mais consumido, seguido pelo diazepam 10,0 mg. O aumento do consumo do clonazepam em relação aos outros BZD pode ser justificado devido a uma preferência por psicotrópicos de meia vida curta ou intermediária

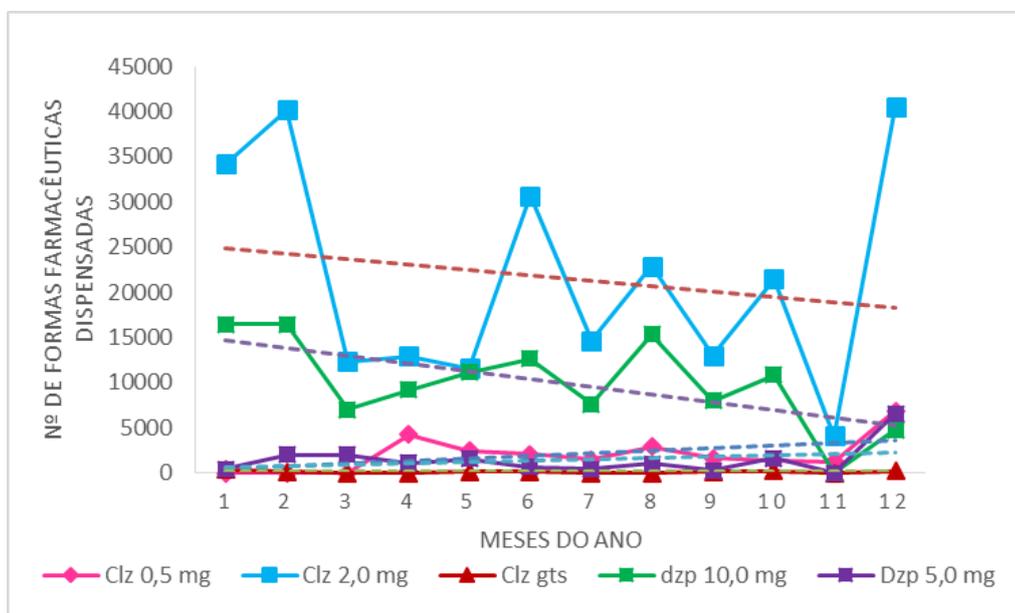
em relação ao diazepam, que é de meia vida longa (AZEVEDO; ARAÚJO; FERREIRA 2016).

Analisando o consumo do clonazepam, mês a mês, observa-se que a linha segue um padrão de picos e quedas, “formato de *zig-zag*” (para ambos os anos), demonstrando que possivelmente os pacientes retornam a cada 60 dias, com uma nova receita, para obter os medicamentos. Nos meses em que houve um decréscimo exacerbado de consumo (julho e setembro de 2017), ocorreu desabastecimento na Farmácia Central, ou seja, o clonazepam 2,0 mg estava em falta. Logo nos meses seguintes, em que ocorreu reabastecimento, o consumo se eleva até mesmo acima da média dos demais meses.

Para o diazepam, a linha de tendência evidencia que o consumo é crescente no ano de 2016, ocorrendo um decréscimo em 2017. É importante considerar que também houve um desabastecimento em janeiro de 2016 e setembro de 2017, onde se observa os menores índices de consumo.

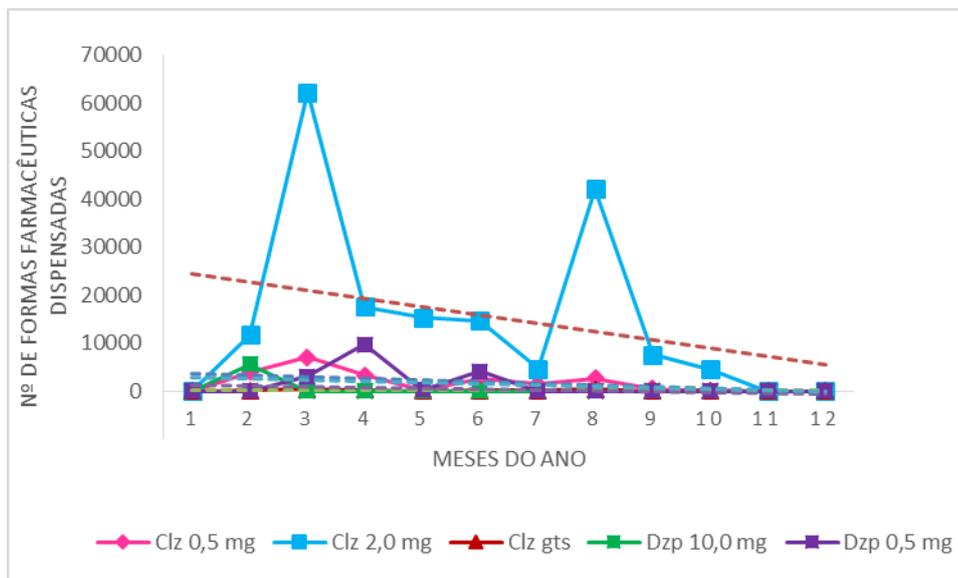
Os seguintes gráficos marcam o perfil de consumo mês a mês no município de Mariana- MG:

**Gráfico 3 - Dispensação pela Farmácia Central de formas farmacêuticas de BZD constantes na REMUME de Mariana, mês a mês em 2016**



Fonte: Elaborado pela autora.

**Gráfico 4 - Dispensação pela Farmácia Central de formas farmacêuticas de BZD constantes na REMUME de Mariana, mês a mês em 2017**



Fonte: Elaborado pela autora.

O clonazepam de 2,0 mg permanece como a forma farmacêutica mais dispensada dentre os BZD fornecidos pela rede do município. Observa-se também o padrão dos picos, alternando em aumentos e decréscimos entre os meses. Em 2016 há um aumento nos meses de fevereiro e dezembro, que se relaciona com períodos posteriores e relacionados às férias, o que pode ter influenciado na demanda pelos medicamentos. O diazepam de 10,0 mg aparece como o 2º mais consumido, havendo um decréscimo em novembro, devido ao desabastecimento. Os outros BZD fornecidos pela REMUME do município (diazepam 5,0 mg, clonazepam 0,5 mg, clonazepam 2,5 mg/mL) possuem menos saídas e isto também pode ser explicado pelo problema do desabastecimento.

A comparação dos gráficos de 2016 e 2017, apontam uma grande diferença de consumo do diazepam 10,0 mg. Dessa forma, é importante considerar que em 2017 ele esteve disponível apenas no mês de fevereiro. Por outro lado, houve um aumento de consumo do diazepam de 5,0 mg, possivelmente devido à substituição deste pela falta do diazepam 10 mg.

Devido ao frequente desabastecimento os gráficos ficam pouco ilustrativos para caracterizar a tendência do consumo. No entanto, o alto consumo de benzodiazepínicos, mesmo com a falta do medicamento, em ambas as cidades, merece um alerta.

Outro fator que pode justificar um maior consumo do clonazepam 2,0 mg e diazepam 10,0 mg em ambas as cidades se refere à dose terapêutica indicada. A dose usual do diazepam como hipnosedativo varia de 5,0 a 10,0 mg de 3 a 4 vezes por dia (GOODMAN;

GILMAN, 2012). A dose média do clonazepam com essa finalidade é de 1,0 mg. Utiliza-se de 0,5 mg a 1,0 mg geralmente como dose inicial (SCHATZBERG; COLE; BATTISTA, 2009).

O clonazepam gotas também possui sua utilização mais restrita, sendo útil para a descontinuidade do tratamento (desmame) ou para início gradual do tratamento, segundo recomenda a farmacoterapia racional, visto que a dose é mais facilmente ajustada. Outro fator importante é a segurança, sendo a formulação em comprimido mais segura do que solução oral (American Pharmacists Association, 2013).

Os dados de consumo foram obtidos através do cálculo do DDD (dose diária definida) por 10.000 habitantes por dia, conforme recomendado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), utilizando a *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) do clonazepam e diazepam. Este dado permite estimar a população que estaria consumindo, por dia, a quantidade padrão de determinado fármaco, bem como comparar o consumo durante o tempo, em uma mesma região ou entre regiões/países diferentes.

Outros dados para cálculo da DDD utilizados foram: a população dos municípios de Ouro Preto e Mariana, de acordo com o último censo realizado pelo IBGE (2010), que correspondem a 70.281 e 54.219 habitantes, respectivamente.

As quantidades de comprimidos e frascos dispensados durante os anos em estudo foram convertidas em miligramas para realização dos cálculos de DDD (cada frasco de clonazepam 2,5 mg/mL contém 20 mL).

A DDD teórica do diazepam segundo a classificação ATC é de 10,0 mg. Já a do clonazepam são 8,0 mg. Neste estudo, também considerou a dose média de clonazepam utilizada para o tratamento de ansiedade e insônia (1,0 mg) para os cálculos de DDD. Foi encontrado na literatura alguns trabalhos que utilizam doses usuais do clonazepam diferentes da DDD teórica, como feito por Zorzanelli e colaboradores (2018) em que se considerou a dose de 1,0 mg para o clonazepam e o estudo de Islam e colaboradores (2014), feito na Austrália em que se utilizou a dose de 0,5 mg para cálculos. Acredita-se que os cálculos considerando a dose usual de 1,0 mg são mais representativos para estimar o consumo.

Usando a DDD teórica, em Ouro Preto, os valores de DDD por 10.000 obtidos passaram de **32,65** para **33,41** de diazepam e de **23,31** para **17,98** DDD/10.000 habitantes/dia de clonazepam, entre 2016 e 2017. Em Mariana os valores passaram de **65,71** para **7,21** DDD de diazepam e de **37,15** para **29,77** DDD para clonazepam, entre os dois anos. Contudo, essa DDD é para a indicação terapêutica do clonazepam como antiepilético. Assim como feito no estudo de Zorzanelli e colaboradores (2018), a DDD do clonazepam como hipnosedativo/ansiolítico é de 1,0 mg, que é a dose comumente usada para manejo dos

transtornos de ansiedade e distúrbios do sono. Por esse motivo, obteve-se os valores de DDD para o diazepam utilizando a dose terapêutica de 1,0 mg, conforme representado na tabela:

**Tabela 1 - Valores de DDD obtidos e quantidade em miligramas dos psicofármacos estudados e dispensados nos anos de 2016 e 2017 nas farmácias centrais de Ouro Preto e Mariana**

Psicofármacos	2016				2017				Média DDD	
	OP		Mar		OP		Mar		OP	Mar
	Qt	DDD	Qt	DDD	Qt	DDD	Qt	DDD		
Clonazepam	478.440	186,5	588.135,5	297,2	369.047,5	147,9	471.408	238,2	167,2	267,7
Diazepam	837.700	32,7	1.280.715	65,7	857.200	33,4	142.750	7,2	33,0	36,45

Fonte: Elaborado pela autora.

Legenda: OP = Ouro Preto; Mar = Mariana, Qt = quantidade em mg; DDD = Dose Diária Definida

Pode-se observar pela Tabela 1 que em Mariana o consumo médio (em DDD) foi maior para estes dois psicofármacos estudados, sendo significativamente mais alto o consumo de clonazepam. Isto pode ser explicado pela atual situação que este município tem passado, desde o desastre do rompimento da barragem de rejeitos da companhia Samarco, com elevado desemprego e outros problemas sociais, incertezas, inquietudes, angústias, medos e outros sofrimentos que impactam na saúde mental dos habitantes desta população (VORMITTAG *et al.* 2018), com “implicações imensuráveis quando analisadas sob a ótica subjetiva dos moradores que perderam suas casas, seus entes queridos e seus bens culturais” (MIRANDA *et al.* 2017).

Nos estudos de Figueiredo (2015), sobre o consumo de psicotrópicos no SUS de Minas Gerais (entre os anos de 2011 a 2013), o consumo médio de diazepam por DDD a cada 10.000 habitantes foi de **60,2** e do clonazepam (DDD teórica de 8,0 mg) foi 292,3. Desta forma, o consumo médio de diazepam em Mariana em 2016 ultrapassa essa média (**65,7** DDD por 10.000 habitantes).

O levantamento do consumo realizado no estado do Rio de Janeiro por Zorzanelli (2018) indica um aumento de 3,5 para 19,7 DDD de clonazepam (entre 2009 e 2013) usando a DDD teórica de 8,0 mg. Os valores chegam a 210,9 DDD por ano utilizando a dose de 1,0 mg. Ou seja, os valores encontrados na média estimada da DDD em Ouro Preto e Mariana estão próximos dos valores obtidos no estado do Rio de Janeiro.

Barros (2012) encontrou um valor de DDD para o clonazepam de 187,0 em 2010 na capital Porto Alegre, considerando a dose usual (1,0 a 4,0 mg), ou seja, menor do que a DDD teórica (8,0 mg). Para o diazepam de 10,0 mg, a DDD calculada neste estudo foi de 75,0 em 2010 e 69,0 em 2011.

Sebastião (2005) encontrou um valor de 96,75 DDD de diazepam por 10.000 habitantes no município de Ribeirão Preto- SP, sendo o psicofármaco mais consumido em 2001, dentre os avaliados.

No estudo de Firmino e colaboradores (2012), o consumo na Farmácia Central do município de Coronel Fabriciano-MG correspondeu a 246,9 DDD/10.000 habitantes/ dia de diazepam e 35,8 para clonazepam (utilizou-se DDD teórica recomendada pela OMS – 8,0 mg), sendo este último próximo dos valores encontrados em OP e Mariana. Este estudo utilizou a população cadastrada no sistema da farmácia para a realização dos cálculos de DDD. Neste mesmo estudo, 59,7% das receitas analisadas eram referentes ao diazepam de 10,0 mg e 40,2% do clonazepam de 2,0 mg, diferente dos valores encontrados neste trabalho, em que o clonazepam é mais consumido do que o diazepam.

Nas capitais do Brasil, foi constatada uma média de 4,3 DDD/10.000 hab./dia para o clonazepam e 1,1 DDD/ 10.000 hab./dia para o diazepam (AZEVEDO; ARAÚJO; FERREIRA, 2016).

Um estudo realizado na Austrália, entre 1992 e 2011, aponta para um valor de 44,6 DDD/10.000 habitantes/ dia de clonazepam, utilizando a DDD teórica de 8,0 mg. Estes valores chegam a 714,42 considerando a dose de clonazepam como 0,5 mg (ISLAM *et al*, 2014).

Na Espanha, a DDD/ 10.000 hab./ dia de diazepam passou de 51,3 em 2000 para 78,1 em 2012. O total de ansiolíticos consumidos chega a 579,5 DDD/hab/ dia (Agência Espanhola de medicamentos e Produtos Sanitários - AEMPS, 2014).

Estudos feitos no Uruguai apontam um consumo total de benzodiazepínicos correspondente a 711,4 DDD/10.000 hab./dia, no ano de 2012 (SPERANZA *et al*. 2015).

Conforme o trabalho de Azevedo, Araújo e Ferreira (2016), analisando os valores de consumo pelos cálculos de DDD, os resultados usando a DDD de 8,0 mg para o clonazepam podem estar subestimados, visto que é muito comum a utilização dos BZD em doses menores do que as doses teóricas, segundo a classificação ATC/DDD. Essa observação reforça a necessidade dos cálculos utilizando a dose de 1,0 mg. Por este motivo, o cálculo utilizando o valor de DDD de 1,0 mg para o clonazepam pode indicar um valor mais próximo da

realidade, sendo a dose usualmente prescrita na clínica como hipnosedativo (ZORZANELLI, 2018).

Atualmente, existe uma grande preocupação a respeito do consumo elevado de benzodiazepínicos no mundo todo e que vem crescendo com os anos, sendo uma das classes de medicamentos mais utilizadas (FIGUEIREDO, 2015). Os altos índices de utilização, no Brasil e no mundo, conforme as referências anteriormente citadas indicam que é necessário elaborar medidas de cuidado em saúde no sentido de repensar a utilização destes psicofármacos ou mesmo da desprescrição, principalmente de forma crônica, que é comum na clínica apesar de ser inadequada (KURTZ; BUTTRAM; SURRATT, 2017). Este elevado consumo de BZD nos municípios estudados justifica propostas de intervenções educacionais para promover o uso racional dos medicamentos.

## 5.2 Significação das falas: Possíveis fatores que induzem ao uso crônico de BZD e suas consequências

Foram entrevistadas 14 pessoas (Ouro Preto = 13, Mariana =1) que faziam uso crônico de BZD, após consentimento escrito por assinatura do TCLE.

Para uma pessoa (Eto. 06), não foi possível analisar a gravação e dar continuidade às perguntas, devido às limitações cognitivas observadas somente após o início da entrevista. Como estabelecido nos critérios metodológicos e éticos, este entrevistado foi excluído da amostra. Apenas uma entrevistada (Eto. 13) não autorizou a gravação da entrevista.

**Quadro 1 - Perfil Geral dos entrevistados de Ouro Preto e Mariana, julho de 2018**

Entrevistado	Idade (Anos)	Sexo	Tempo de uso de BZD	Gatilho (motivo de uso inicial)	Tempo de entrevista
Eto. 01	53	Feminino	Mais de 10 anos	Problemas de insônia	18 minutos
Eto. 02	35	Feminino	Mais de 8 anos	Problemas de relacionamentos (traição) / tentativa de suicídio	17 minutos
Eto. 03	74	Masculino	Cerca de 50 anos	Ansiedade/ problemas de insônia	18 minutos
Eto. 04	26	Feminino	Não informado	Problemas familiares/ estresse/ problemas de insônia	16 minutos
Eto. 05	52	Feminino	26 anos	Problemas no parto	16 minutos
Eto. 07	41	Feminino	5 anos	Sofreu abuso infantil/ Tentativa de suicídio	14 minutos
Eto. 08	69	Feminino	Utiliza há alguns anos	Após um princípio de derrame	22 minutos
Eto. 09	61	Feminino	Faz uso por anos	Após o falecimento da mãe	34 minutos
Eto. 10	66	Feminino	8 anos	Câncer no estômago/ problemas familiares (marido alcólatra)	17 minutos
Eto. 11	63	Masculino	Utiliza há mais de 40 anos	Problemas de sono	13 minutos
Eto. 12	55	Masculino	20 anos	Problemas de sono	17 minutos
Eto. 13	49	Feminino	Utiliza há alguns anos	Problemas de sono/ depressão	não gravada
Eto. 14	51	Masculino	Utiliza há anos	Problemas de sono/ problemas cardíacos	37 minutos

Fonte: Elaborado pela autora.

As entrevistas foram feitas nas próprias farmácias centrais dos municípios, em ambiente adequado que garantiu a confidencialidade e anonimato dos participantes.

Para compreender de uma forma geral os fatores que levam os entrevistados a fazerem o uso crônico de benzodiazepínicos, categorizou-se as falas a partir dos tópicos emergentes, sendo a significação dos relatos dada pela própria autora a partir da percepção e análise do conteúdo das entrevistas. No entanto, é evidente que cada narrativa traz consigo a experiência subjetiva de cada sujeito. Conforme Bardin (1979, p.20, MINAYO, 2014), “raramente retira-se da Análise de Conteúdo mais do que nela se investe e algumas vezes se retira menos”. Portanto, por trás de expressões comuns como “*o meu remédio pra mim dormir*” (Eto. 02) existe um significado que é único para cada indivíduo.

### 5.2.1 *O sono como um ideal impossível (insônia)*

O tema mais recorrente nas entrevistas e que implica no uso dos BZD's se refere aos problemas do sono, contudo, esse processo de adormecimento traz questionamentos que podem ser discutidos dentro do campo psicanalítico. Além de fazer parte das necessidades fisiológicas, o sono também traz consigo um caráter subjetivo que merece ser analisado. Afinal, qual é o significado do sono? Para Freud, como demonstrado no trabalho de Pereira (2003), o sono é uma travessia que exige o abandono do Eu e das exigências cotidianas, permitindo dessa forma a passagem para uma dimensão que vai além do que o real nos oferece. Para adentrar neste campo, o indivíduo precisa se desligar dos problemas cotidianos e isso é uma tarefa árdua, levando em consideração o estilo de vida contemporâneo, marcado pela demanda dos nossos desejos narcísicos, que implica em um constante investimento de adaptação da própria imagem a um mundo frenético.

A ideia de abandonar esses fatores externos, no momento do adormecimento, pode ser bem representada pela relação do bebê com a mãe, como descrito por Ganhito (2002) em seus estudos psicanalíticos, onde a criança precisa se desligar do laço materno para atingir o sono, sendo uma experiência angustiante e que gera um intenso confronto entre permanecer passivo ao afeto materno ou ceder ao sono. Esse impasse acompanha o ser humano durante o resto da vida: desligar-se das relações com o externo e adentrar em um encontro consigo ou permanecer à mercê dos pensamentos que o assombram?

Apesar de ser uma experiência íntima, para essa travessia que só pode ser feita por nós, é necessário a figura de um outro que facilite o alcance deste estado. Como explicado por Jorge (1988 *apud* GANHITO, 2002), assim como a mãe induz a criança a adormecer, por

meio do afeto de seu colo, das “canções de ninar” e da presença, o adulto também precisa receber esse aconchego através de um ambiente tranquilo e de exercícios que levam ao relaxamento para que o sono seja concretizado. Essa analogia também pode ser verificada através do discurso dos entrevistados sobre a sua relação com o medicamento, ou seja, um objeto que assume o papel de facilitador dessa atividade: “[...] se eu ficar sem ele eu não durmo” (Eto. 05); “sem tomar o Rivotril® eu não durmo” (Eto. 02).

Tendo em vista esse breve contexto sobre a experiência do adormecer, a seguir serão apresentadas algumas falas dos entrevistados que sinalizam os problemas do sono e o papel do medicamento nesse processo, ou como nas falas dos entrevistados: “remédio que dorme” (Eto. 10).

“[...] é porque eu tinha **problema de insônia** e aí eu ia no médico... aí eu comecei a tomar diazepam, nortriptilina, outros remédios mais fortes” (Eto. 01).

“Porque eu não consigo dormir. **Sem tomar o rivotril eu não durmo**. Eu não durmo, passo a noite inteira acordada, não durmo” (Eto. 02).

“E pra me fazer dormir também porque eu num durmo. **Se eu ficar sem ele eu não durmo**. Eu passo a noite inteirinha acordada e nervosa, coração acelerado” (Eto. 05).

“Adoro diazepam, porque cê deita e dorme” (Eto. 07).

“Porque eu tomo ele assim mais pra dormir sabe, que outro dia eu fiquei quatro dias sem dormir” (Eto. 09); “...porque eu não tenho sono, **eu não durmo sem o remédio**” (Eto. 10).

“Ah, comecei a perder muito sono, perder sono, perder sono, foi aí que eu resolvi” [resolveu tomar o BZD] (Eto. 12).

### 5.2.2 *O sono como fuga*

Se por um lado, o sono é um processo que exige um esforço a fim de abandonar as preocupações cotidianas se constituindo como um grande desafio, por outro lado, às vezes ele se caracteriza como um **estado de fuga** que é intensamente desejável por alguns, como uma forma de não vivenciar a realidade. O ato de dormir é vinculado à experiência de “anestesiá-la” as angústias inerentes à vida, de forma que o desprazer é evitado. Conforme exposto por Gellis (2000), a existência de substâncias que permitem essa negação ao mal-estar induz o indivíduo a utilizá-la para escapar da realidade.

“Mas aí eu não conseguia dormir [sem o medicamento], vinha pensamentos ruim, sabe, então...” (Eto. 01).

“Eu **já tentei suicídio umas vezes**, mas eu chego em casa e tomo uns dois aí eu apago” (Eto. 02).

“Então é, uma ansiedade e pra gente descansar a memória, dormir um pouco [...], cê desliga é ... de pobrema, enquanto você tá dormindo [...] É porque você num dorme, cê entra em depressão complica mais” (Eto. 03).

A associação do sono como um estado de completa entrega a uma incerteza, ao ato de ceder-se ao desconhecido, pode ser comparada ao significado da experiência de morte, como no impecável trabalho de Pereira (2002). Este autor utiliza a clássica obra de Shakespeare, “A tragédia de Hamlet, príncipe da Dinamarca” para exemplificar essa íntima relação entre sono e morte, que é verificado no trecho onde o personagem diz: “morrer...dormir...mais nada...imaginar”.

Essa mesma relação é declarada nas falas de alguns entrevistados, enunciando o impasse que alguns destes vivenciam onde o medicamento indutor do sono acaba sendo utilizado como uma **fuga ao ato suicida**. Durante uma entrevista, ao perguntar o entrevistado sobre outras formas de tratar o seu problema, é tocante a sua fala que, em tom de chiste, revela uma intenção trágica: “Ah, eu conheço outra forma, eu vou falar com você duas só: **meter a corda no pescoço e já ir embora duma vez**, caba com isso. É... aí você termina tudo [...]” (Eto. 03).

Esta fala abre espaço para levantar um tema inesperado, mas que emergiu com frequência nos relatos dos entrevistados: as **tentativas de suicídio** contadas pelos pacientes. A tonalidade inexpressiva das vozes ao narrar sobre um assunto tão delicado e cuidadoso foi o que mais chamou atenção, sendo observada na maioria dos entrevistados que comentaram sobre o assunto. A tentativa de morte, descrita nos relatos, pode ser comparada à **indução do sono como uma forma de fuga ao sofrimento**.

Encontrar-se na posição de entrevistador diante de alguém que diz ter tentado se matar e que, por vezes, ainda cogita essa possibilidade é desnorteante ao passo que, ao mesmo tempo, é importante abrir o espaço para que o indivíduo possa falar sobre o assunto, que mesmo sendo ocultado na expressão da fala, denota um desespero vivenciado pelo sujeito que sofre.

A emoção foi sentida, no entanto, optei pelo respeito às falas e o não-julgamento. O contato pôde ser feito através da presença e escuta ativa direcionados àqueles que desejavam ser escutados:

“Foi, no domingo, **eu tentei suicídio** [...] Foi, aí eu tive que voltar ao tratamento [...] Eu quero parar com isso, com esses pensamento...mas hora que vem minha depressão, eu num penso nos meus filho, eu num penso ni nada, eu penso que eu acho que eu sou o problema de tudo, **que eu sumindo tudo vai melhorar**, né?” (Eto. 02, mulher, 35 anos).

O Entrevistado 03, homem, 74 anos, bem-humorado e piadista, diz: “Não dormia de noite, **aí dá vontade só de suicidar**, é... depressão.” A Entrevistada 04, 26 anos, sobre a sua tentativa de suicídio por meio de medicamentos, fala: “Aí eu tomei na minha casa. **Peguei um monte de antidepressivo e tomei tudo sozinha**. Acho que foi uns trinta e sete”.

A entrevistada 07, mulher, 41 anos, usuária há cinco anos após tentativa de suicídio, relata:

“Ah, eu... **tentei um suicídio** em 2013, no final de 2013, foi quando comecei a frequentar o psicólogo, que me passou pro psiquiatra. Aí hoje eu tomo diazepam, dois a noite, lítio, ziprazidona e omipramina [...] vontade de não fazer [cometer suicídio]? Não, eu tenho, sempre. **Só que não é a medicação que me segura**, o que me segura, de não fazer de novo são meus filhos.”

A Entrevistada 09, mulher, 61 anos, sofreu abuso e violência doméstica no casamento: “Teve uma vez que eu tomei gardenal com cachaça, que **eu num tava aguentando viver mais**”.

### 5.2.3 A singularidade do sofrimento e o distanciamento do sujeito de sua própria dor

A singularidade do sofrimento pode ser abrangida a começar pela dificuldade em nomear este estado. Conforme descrito por Simonetti (2011), enquanto alguns autores tentam delimitar as diferenças entre alguns termos como **angústia e ansiedade**, por exemplo, existe a ideia de que, na verdade, estas palavras carregam tanto algumas distinções como também semelhanças. Em seu trabalho, ele apresenta o resultado de uma pesquisa com psicólogos, onde ao questioná-los sobre o significado da frase “**estou ansioso**”, comum na clínica e sobre o que se entende com essa expressão, obtém-se uma variedade de palavras, sendo as mais comuns: **medo, inseguro, agitação, preocupado, angustiado, tenso, inquietação, nervoso**.

A partir dessa visão, esse tema se constitui pela reunião das falas que sugerem esse acometimento, independente da palavra utilizada para descrevê-lo, que remete a uma situação vivenciada comumente pelos entrevistados, sendo um possível fator que facilita o uso dos benzodiazepínicos.

Entrevista 01: Ao questionar a entrevistada sobre a experiência dela sem o medicamento, ela diz: “Porque eu não durmo, aí eu fico com **medo**, a noite eu choro” (Eto. 01). Em outra fala, ela nomeia o seu sofrimento usando outro adjetivo: “Ah, eu sempre fui **nervosa, agitada**, sabe?” (Eto. 01).

Entrevista 02: “[...] Quando eu to muito **estressada** também durante o dia, eu tô muito **nervosa**, aí eu vou e tomo” (Eto. 02).

Entrevista 03: “[...] Você já começa a ficar com uma **ansiedade** e **nervoso** [...] Então é uma **ansiedade** e pra gente descansar a memória, dormir um pouco. [...] Não é que cê fica **bravo**, cê fica ignorante, né isso não. Mas você fica é ... **ansiedade**, muita ansiedade [...]” (Eto. 03).

Na seguinte fala, de acordo com as experiências declaradas na entrevista, infere-se que o significado da frase, refere-se a um estado de preocupação: “O dia que cê casar, cê vai ter **pensamento**” (Eto. 03).

Entrevista 04: Perguntei à entrevistada se ela sabia o motivo pelo qual ela utilizava os medicamentos controlados, ela responde da seguinte forma: “É porque uma vez eu **fiquei muito estressada**, eu fiz muitas coisas que eu não devia [...] Tem que entender que a gente tem **sentimento** uai, uma hora **a gente explode**” (Eto. 04).

Ao perguntar para outra entrevistada, o que ela considera como “bons efeitos” do medicamento, ela diz: “É porque eu num fico nervosa, é... **sem ele qualquer coisa me irrita**, sabe?” (Eto. 05).

Em outro momento, ao questioná-la sobre o medo ou não de ficar sem o medicamento, ela responde: “Se eu parar [de tomar o medicamento] o meu comportamento muda, sabe? Qualquer... se um menino gritar perto de mim, **me irrita**, se uma pessoa falar alto perto de mim me irrita, tudo” (Eto. 05).

Entrevista 8: Em várias falas, a entrevistada expõe o seu sofrimento dizendo que sente medo e tensão:

“Eu só fico assim, meia **tensa** quando eu fico, às vezes, é que **eu tenho muito medo**, sabe? Que lá em Belo Horizonte é muito perigoso né? [...] Mas eu sou muito **nervosa**” [...] [o médico] falou que é **ansiedade**, que eu sou muito **ansiosa**. [...] Ele [o médico] falou comigo assim que eu sou muito **tensa**” (Eto. 08).

Entrevista 09: “Eu sou muito **ansiosa** sabe? Mas eu num tomo de dia não, tomo só na hora de deitar.” (Eto.09). A resposta que a entrevistada dá quando se pergunta o motivo dela utilizar o medicamento é: “Eu no meu caso eu acho que é mais pra dormir, pra mim **acalmar**, se não num acalmo não” (Eto. 09).

Outra entrevistada nomeia o seu sofrimento como um estado de pânico: “Eu já tive, é... síndrome do **pânico**” (Eto. 10).

Entrevista 14: Perguntei ao entrevistado se na época que ele começou a fazer uso do BZD ele havia sido informado sobre o motivo pelo qual ele tomava, então ele respondeu: “porque igual eu to te falando, assim, é... **nervosismo**, coração palpitava demais, essas coisa tudo [...] é, chegava perto do médico assim já ficava meio **nervoso**, ah” (Eto.14).

Conforme exposto por Safatle (2011), a **denominação patológica** de um sofrimento, bem como os fatores que se inserem na busca do restabelecimento, acabam determinando o que é saúde e doença, desconsiderando a experiência individual e a subjetividade deste estado.

Existem diversos estudos que abordam a relação do ato diagnóstico como uma forma de **categorizar o sofrimento humano** que, conseqüentemente, resulta na introdução de um fármaco para tratar aquela condição (SOLOMON, 2002; RODRIGUES, 2003; COSER, 2010; BAPTISTA, 2011; DUNKER; NETO, 2011). O fato de existir um nome para a dor subjetiva que acomete um indivíduo acaba dissolvendo a singularidade da experiência de cada um (EHRENBERG, 2004).

Como exposto por Coppedê (2016), o processo de transferir para o outro, o médico, a tarefa de nomear o seu próprio desprazer, na medida em que se revela um diagnóstico, abre margem para a introdução do tratamento medicamentoso que, possivelmente, seria a solução para aquele acometimento. Essa mesma autora expõe o ciclo que ocorre através deste processo, que tem seu início através da nomeação clínica do sintoma, levando ao tratamento medicamentoso, à reprodução do diagnóstico (seja através do autodiagnóstico ou pela adesão do diagnóstico anterior por um novo médico) e que acaba resultando no processo de “ir ao médico para pegar receita”.

Esse fenômeno é identificado nas seguintes falas dos entrevistados:

Etr.: [...] por que você usa [o medicamento]? Na época o médico te falou?

Eto. 01: Mandou pro CAPS, **passou os remédios**.

Etr.: Aí ele te falou o que que a senhora tinha?

Eto. 01.: É... acho que tem uns relatório que é **transtorno bipolar**.

No decorrer da entrevista, para compreender a satisfação da mesma entrevistada com a consulta médica, é evidenciado a problemática da renovação da receita descrita anteriormente.

Etr.: [...] essa médica que a senhora vai, a consulta dela, a senhora gosta?

Eto. 01: Ela não pergunta, **ela passa o diazepam** né, fala nada.

O mesmo desfecho é observado no relato do entrevistado 02 nas seguintes falas mencionadas durante a entrevista: “Olha, **por eu ter a depressão** há muito tempo, eu não tô sabendo lidar. [...] Aí eu só tomo o rivotril, aí agora o lítio né, **porque eu sou bipolar**. [...] Eu fazia consulta com o médico pra **pegar receita**, porque só pode ser pego com a receita azul” (Eto. 02).

#### Entrevista 04:

Etr.: E na época que você começou a tomar, depois que aconteceu isso, aí a médica te falou alguma coisa? Te deu algum diagnóstico?

Eto. 04: Ela só falou que **o que eu tenho não tem cura**.

Etr.: Mas aí ela não falou o que que era?

Eto. 04: Falou, **eu tenho transtorno bipolar**.

No seguinte trecho da entrevista 05, é perceptível a prática de prescrever um medicamento para uma queixa que o paciente traz e a facilidade do acesso a esse medicamento por meio das repetidas prescrições: “Ele que **passa essa receita pra mim**, esse... **sempre passou**. [...] antes tinha um outro, cardiologista ne. [...] Eu já fiquei duas noites sem tomar ele, porque eu esqueci de buscar...de **pegar receita**” (Eto. 05).

A fim de compreender os motivos que levaram outra entrevistada a utilizar os psicofármacos, foi perguntado se ela saberia dizer por quais motivos usa, ela começa explicando a sua experiência pessoal: “Eu sofri abuso infantil, na adolescência também tive alguns problemas é... acho que foi desencadeando aos poucos” (Eto. 07).

Em sequência, ela já nomeia o seu sofrimento através de categorias diagnósticas: “Hoje eu tenho **depressão, esquizofrenia, TDI, é... bipolaridade**” (Eto. 07). Após, retoma na fala o que ela considera como motivo de seu sofrimento: “[...] Mas eu acho que foi um acúmulo que começou na infância” (Eto. 07).

Inicialmente, ela conta que foi orientada a procurar um psicólogo e que não precisou de medicação: “[...] eu fiz tratamento psicológico em 98, mas só psicólogo, eu não precisei de medicação” (Eto. 07). Depois de alguns anos, ela já informa que só com o psicólogo “não dava mais” e que então, foi necessário utilizar psicofármacos: “[...] era só conversa, e aí em 2014, aí eu voltei mais assim, já não dava mais. [...] só pra conversa, aí eu já **tive que ir pra medicação**” (Eto. 07). Após, perguntei se alguém havia lhe dado aqueles diagnósticos, e ela responde: “O psiquiatra. [...] Até então eu imaginava que eu tinha só a depressão [...] por causa da tentativa de suicídio” (Eto. 07).

Com essa narrativa, é possível perceber o ciclo que ocorre descrito anteriormente: diagnóstico (categorização do sofrimento) - introdução do medicamento – ato de repetir receitas e como as experiências que acometem o sujeito são desconsideradas.

#### 5.2.4 A fácil aquisição do medicamento

Associado ao que foi exposto anteriormente, um outro fator que contribui para o uso crônico de benzodiazepínicos é a **fácil aquisição** do mesmo. Nas falas, é evidenciado a prática médica de prescrever um medicamento de acordo com uma queixa do paciente e a facilidade de acesso através das renovações de receitas:

“Aí eu comecei a perder umas noites de sono, aproveitei que lá na hemodiálise é **só pedir o médico que ele dá [o medicamento]**, mas ele num preocupa, eles lá não preocupam em saber por que eu devo tomar” (Eto. 12).

“Eu tenho que inclusive até consultar com o doutor [nome], que **ele me passa o remédio [...]**” (Eto. 09).

A mesma entrevistada conta que foi ao médico para “pegar a receita” para a irmã dela, que também faz uso do mesmo psicotrópico, evidenciando que essa é uma prática comum nos consultórios: “Igual hoje, aí, ela mandou ir no médico **pedir receita pra ela**, a minha irmã, ela mandou buscar... **peguei receita** pra ela, mas só receitou o remédio pra ela, **o calmante**, porque ela mesmo tem que ir lá” [para buscar um outro medicamento que a irmã precisava, ela precisaria passar pela consulta] (Eto. 09).

Também é demonstrada em uma de suas falas, uma prática comum de obter um medicamento com alguém próximo (vizinhoterapia): “Peguei emprestado com a minha irmã 10 comprimido [...]” (Eto. 09).

Uma outra entrevistada descreve a facilidade do acesso ao medicamento, mesmo sem ter a receita médica:

Eto. 10: [...] aí eu **não tinha receita**, eu num sei se deu um fim de semana ou o que que foi, que eu não me lembro mais, aí eu **consegui arrumar uma caixa de bromazepam**. Aí foi só enquanto eu tomei fiquei normal no outro dia.

Etr.: Ai a senhora conseguiu arrumar como?

Eto.10: Eu num sei se foi um moço que me arrumou, ou alguém me vendeu uma caixa **pra depois eu levar a receita né?** Nem lembro direito mais.

Entrevista 11: “[...] vai terminando os remédio, tem **que ir no médico buscar a receita**, igual eu peguei agora, o remédio acabou, o controlado” (Eto.11).

### 5.2.5 Experiências traumáticas

Um outro fator emergido das entrevistas e que deu início ao uso de psicofármacos tem relação com a vivência de uma experiência traumática em algum momento da vida (problemas durante o parto, algum outro problema de saúde, perda de alguém, violência, abuso, morte), que desde então, levou ao uso crônico do medicamento. São comuns os tratamentos que seguem a lógica de amenizar os sintomas psíquicos (farmacoterapias e alguns tipos de psicoterapias), conforme Peres, Mercante, Nasello (2005 *apud* CANAVEZ; HERZOG, 2011).

É notável como o tratamento medicamentoso afasta a possibilidade de elaboração da experiência traumática vivenciada pelo sujeito. O ser que sofre sabe localizar o marco traumático e, da mesma forma, sabe que logo após foi introduzido um psicofármaco, tratamento este que, por sua vez, se delonga por anos. Contudo, como descrito por Besset e colaboradores (2006), as intervenções terapêuticas que focam na ‘cura do trauma’ acabam por bloqueá-lo, mas isto não quer dizer que o trauma foi abolido ou trabalhado na vida do traumatizado.

Entrevista 02: “Assim... eu era, igual eu falei... eu nunca nasci tomando remédio. Eu **fiquei assim depois de uma traição**, de 12 anos com o pai do meu filho e... depois disso fui ficando assim e num melhorei mais” (Eto. 02).

Entrevista 05: “Mas eu uso esse medicamento controlado aqui **tem 26 anos** [...] que eu uso ele desde que a minha filha nasceu, foi **problema de parto né?**” (Eto. 05).

Entrevista 07: Resposta da paciente sobre os motivos, para ela, que a levou a utilizar os psicofármacos: “Eu **sofri abuso infantil**, na adolescência também tive alguns problemas, é... acho que foi desencadeando aos poucos” [...] Que o **meu irmão faleceu** essa semana também, é provável que eu volte a tomar” (Eto. 07).

Entrevista 08: “Eu tive um **princípio de derrame**, aí usei ele no hospital. E a partir de lá quando eu tive internada, eu comecei a usar” (Eto. 08).

Entrevista 09: “[...] a primeira vez que me deu esse abafamento, foi quando a **minha mãe morreu**. [...] Ah assim, às vezes eu tomo assim, **quando morre** certas pessoa a gente fica meio assim, impressionada” (Eto. 09).

A história de vida da entrevistada denota que ela vivenciou várias experiências traumáticas e que possuem relação com o seu estado de saúde mental. “[...] depois eu **tive um**

**aborto, me batia muito** [o marido] aí me abortou. [...] Eu tinha relação com ele às vezes até sem querer [violência sexual], entendeu?” (Eto. 09).

Entrevista 10: A entrevistada contou que não tem o estômago devido a um câncer e que, desde então, faz uso de psicofármacos. “Quando eu comecei a tomar esse antidepressivo, é quando **eu operei**. [...] Porque desde quando eu casei, eu tive **uma vida muito acidentada** sabe? Marido bebia demais” (Eto. 10).

Esse relato chama a atenção para um detalhe da fala onde nota-se o surgimento da possível causa principal que levou ao uso, visto que é evidenciado a exposição de uma segunda justificativa para melhor explicar a utilização desses medicamentos, ou seja, os problemas durante a vida e que são também relacionados ao marido.

### 5.2.6 A busca de um estado de completo bem-estar e ausência de sofrimento

Para a OMS, saúde é definida como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. No entanto, conforme explanado por Brito (2017), este conceito tem sido amplamente discutido e questionado, afinal: seria possível para o ser humano atingir essa completude em todas as esferas que se relacionam com a vida do sujeito?

Outro fator apontado nas entrevistas e que facilita o uso de psicofármacos refere-se aos problemas vivenciados no dia a dia, seja pelas difíceis **relações familiares**, preocupações com as tarefas rotineiras, ou por outros tipos de apreensões que provocam os impasses do cotidiano. Muito se discute atualmente, a respeito da conduta médica de diagnosticar e propor um tratamento para condições inerentes à vida humana, se constituindo como um processo de **medicalização da vida** (SOALHEIRO; MOTA, 2014, BEUX, KUJAWA, 2016, DANTAS, 2009, ZORZANELLI; CRUZ, 2018). É como se não houvesse mais espaço para o sofrimento.

Entrevista 03: “Aqui óh, se você não tomar ele o que que acontece? Se der um **problema** de contrariamente na sua **família** que vim prejudicar a você, sua pressão levanta” (Eto. 03).

Entrevista 04:

Etr.: Você conhece outras formas de tratar o seu caso? (Etr.)

Eto. 04: Sossego. Acho que sossego. (Eto.4)

Etr.: Mas, de que forma? (Etr.)

Eto.4: Ah, em parte de **família**, é... em questão de.. ah, muitas coisa, muitas coisa que aborrece a gente, **coisa boba ne?** Mas aborrece a gente (Eto. 04)”.

Entrevista 05: “[...] E com ele [o medicamento] eu fico... eu tenho uma vida normal, assim... nada me irrita, **eu fico tranquila com tudo**. Pode ser na pior situação que eu fico tranquila, sabe? [...] Sem ele... pra falar verdade eu num sou nada, ninguém. Eu num sou capaz de fazer nada” (Eto. 05).

Conforme descrito por Figer (2011), a sociedade atual tem dificuldades para lidar com a falta. Há sempre uma busca pela completude e pelo bem-estar e, quando ocorre a impossibilidade de obtenção dos prazeres, os sintomas de sofrimento dominam a vida do sujeito, que por sua vez, não consegue lidar com essa experiência e busca a pílula como uma solução instantânea.

### 5.2.7 A medicalização da dor e suas consequências

Os BZD não são recomendados para utilização de forma crônica, pois o uso prolongado pode trazer sérias consequências clínicas como: **dependência, tolerância e crises de abstinência** (KURTZ; BUTTRAM; SURRATT, 2017). As crises de abstinência incluem sintomas como: ansiedade, irritabilidade, insônia, tremores e fraqueza (SADOCK; SADOCK; SUSSMAN, 2013).

Através das entrevistas, foi possível compreender que os efeitos mais referidos pelos entrevistados são sintomas relacionados à **dependência**, inclusive é a palavra utilizada em diversos relatos bem como o **vício**:

“É, mas tem o efeito colateral né, que num é bom, que é **dependente**” (Eto. 01, mulher, 53 anos, usuária há mais de 10 anos).

“[...] Porque eu **não consigo ficar sem tomar ele**, porque ele é uma droga né?” (Eto. 02, mulher, 35 anos, usuária há 8 anos).

“É um vício. Isso é um vício, causa depen... vão pô aí, cê ta gravando? **dependência**” (Eto. 03, homem, 74 anos, usuário há cerca de 50 anos).

“Aí eu fui ao médico, conversei com ele, expliquei, ele falou assim: mas só que tem que a senhora já ta **dependente dele**” (Eto. 08, mulher, 69 anos).

“[...] Não adianta falar que vai parar, porque eu não tenho sono, eu não durmo sem o remédio. E como já tem muitos anos que eu tomo né?” (Eto. 10, mulher, 66 anos).

“[...] Organismo já viciou com ele, tá viciado” (Eto. 11, homem, 63 anos).

“Ele, tornou-se um vício né. Tornou-se um vício na minha vida” (Eto.12, homem, 55 anos).

“**Eu viciiei nele**, eu confio nele e pronto né? É ruim boba... é igual droga, viciar em droga, graças a deus eu num mexo com isso não, mas eu calculo que deve ser a mesma coisa né?” (Eto. 13, mulher, 49 anos).

“Eu sei que o diazepam vicia. [...] Mas só dele tá ali, aí eu tô sabendo que tá, que eu tô tranquilo” (Eto. 14, homem, 51 anos).

Os efeitos da **abstinência** também apareceram com frequência nas entrevistas. Os sintomas experimentados com a retirada abrupta e falta do BZD emergiram nas seguintes frases:

“É uma droga né? E eu já tentei ficar sem uns dez dias, eu cheguei a passar mal, vim pra UPA desidratada, porque não consegui ficar sem tomar o clonazepam” (Eto. 02, mulher, 35 anos, usuária há 8 anos).

“Eu já fiquei duas noites sem tomar ele [...] Aí eu tive que ficar por minha conta, duas ou três noite por causa disso, que eu esqueci sabe? Eu tava sentindo que eu tava **flutuando**, sabe? Eu num sinto que eu to no chão sabe?” (Eto. 05, mulher, 52 anos, usuário há 26 anos). Em outra fala, a entrevistada conta os sintomas de abstinência que sente quando não toma o medicamento no mesmo horário:

“Às vezes eu esqueço, aí eu já começo a sentir a reação, dá a falta dele assim, porque eu já começo... o meu **coração acelera**. É... eu já começo a ficar, é... nervosa, sabe?” (Eto. 05).

Outra entrevistada conta a sua experiência com a falta do medicamento: “Aí eu fiquei sem comprar, menina, **eu não dormi** cinco noites quase” (Eto. 08, mulher, 69 anos).

“Porque ela [médica] falou que tem abstinência (sic) né? Aí eu to notando, que quando eu fico sem ele, **começo a ficar abafada**, parece que tá me abafando [...]. No dia assim eu durmo bem sabe? Eu durmo, mas no outro dia eu fico assim, com uma **fadiga** sabe? **Fraqueza** no corpo. Aí no outro dia meu corpo num fica bom, parece que tô numa **ressaca** danada” (Eto. 09, mulher, 61 anos).

“**Coração** começa a ficar **palpitando**, começa a ficar com aquela **ansiedade**. Aí tem que levar o remédio, porque se o remédio tá ali então...” (Eto. 14, homem, 51 anos).

Outro efeito do uso prolongado dos BZD descritos pelos entrevistados é a **tolerância**. Nas falas, é visto que alguns iniciaram com uma dose terapêutica menor e hoje em dia fazem uso de uma dosagem maior ou gostariam de aumentar a dose. Eles expõem também que não sentem os mesmos efeitos de antes, após o uso crônico.

“Por minha conta eu aumentava a dose” (Eto. 03).

“Apesar de, de falar, de me diminuir na dose, mas... eu já tentei e não adianta, sabe? Porque se eu tomar meio e num tomar nenhum é a mesma coisa” (Eto. 05).

“Ele vicia, e vai indo ele num faz efeito mais, ela [a psicóloga] falou: cê vai aumentando a dose, vai aumentando a dose. Vai indo a gente **vai aumentando a dose, já não faz efeito mais**, vai lesionando o cérebro da pessoa” (Eto. 09).

“O diazepam geralmente, eu já to tomando ele já num tá fazendo tanto efeito mais [...] já num faz mais, porque tem muito tempo, acostumou com o organismo, agora acostumou já, mas eu continuo tomando” (Eto. 11).

“É porque quando eu tomava 5 miligrama, eu dormia quase dois dia direto. Agora, desse aqui, eu tomo é 2, eu tomo 2 diazepam [cada diazepam contém 10mg]” (Eto. 14).

Além dos sintomas clínicos descritos, revisões sistemáticas têm mostrado a problemática do uso de BZD em geriatria: os benzodiazepínicos não são indicados para tratar pacientes idosos e/ou com disfunções cognitivas, pois a metabolização mais lenta neste grupo de pessoas pode levar ao risco de quedas e fraturas, derivadas de vertigem, ataxia, delírios e comprometimento da função motora (REZENDE; CARRILLO; SEBASTIÃO, 2012). Uma revisão de literatura mostrou que sintomas cognitivos de fundo iatrogênico manifestados por idosos estão relacionados à polifarmácia associada ao uso de BZD em 75% dos casos (BAYÓN; SAMPEDRO, 2014). É questionável o uso crônico dos BZD em idosos com a finalidade de induzir ao sono e diminuir o estresse, haja visto que essa medicalização poderia estar ocultando o sofrimento e as queixas comuns à população idosa e que precisariam ser escutadas (ALVARENGA, *et al.* 2014).

O processo de medicalização e, conseqüentemente, a utilização crônica de psicofármacos é, sobretudo, um fenômeno social, sendo necessário analisar diversas questões para um bom entendimento (CARVALHO, 2015). Contudo, é observado que a introdução do medicamento, após a nomeação dos sintomas cotidianos, corrobora para uma renúncia do sujeito com relação à sua dor e não raro, um futuro agravo de seu estado (DANZIATO; SOUZA, 2016). O medicamento, apesar de promover o alívio de alguns sintomas, não tem a capacidade de transformar o sofrimento (ROUDINESCO, 2000). Desta forma, o indivíduo que faz o uso prolongado de psicofármaco não elabora a sua dor.

A ideia de que existe uma pílula capaz de promover um completo estado de felicidade torna os indivíduos psicologicamente vulneráveis, pois se incorpora a fantasia de que não é permitido sentir o mal-estar da existência (SOALHEIRO; MOTA, 2014).

Por essa lógica, nota-se que uso abusivo de psicotrópicos aliena o sujeito diante da condição real de existir, promovendo a alusão de que o sofrimento humano precisa ser imediatamente eliminado (PELEGRINI, 2003). No entanto, essa condição não é vivenciada na realidade. Essa mesma autora evidencia como esse processo também afeta as relações afetivas, onde evita-se o próprio sofrimento e o sofrimento do outro, promovendo um isolamento simultâneo de pessoas que sofrem.

Diante do exposto, surge um questionamento: de que forma o sujeito tem se relacionado com os seus próprios afetos? No mundo contemporâneo, existe a ideia de que as emoções precisam ser constantemente controladas, reduzidas e caso exista uma exacerbação, há um medicamento, ‘a exemplo, os benzodiazepínicos’, para ajustá-las (TUCHERMAN, 2015). Produz-se desta forma uma vida monótona, com poucas possibilidades de reinvenção.

Além dos fatores citados anteriormente, o tratamento medicamentoso dos transtornos de ansiedade também acarreta um **elevado custo econômico** (SMOLLER; BLOCK; YOUNG, 2009): no estado de Minas Gerais, em um estudo feito ao longo de três anos, os gastos com psicotrópicos na rede pública chegam a 12 milhões de reais (FIGUEIREDO, 2015). Outro estudo feito no Canadá demonstrou que há um custo significativamente mais alto com cuidados em saúde para pacientes em que foi detectado o uso inapropriado de BZD (DIONNE *et al.* 2013).

Entre 1991 e 2009, as prescrições de BZD cresceram em mais de 100% nos Estados Unidos e, conseqüentemente, o custo com esses medicamentos aumentaram em 30%, de US \$ 131,6 milhões para US \$ 171,1 milhões (GOREVSKI *et al.* 2012).

Na Holanda, foi implantada a medida de cortar o reembolso que era feito aos usuários de BZD com o objetivo de diminuir o uso prolongado e a dependência. Essa medida propiciou a diminuição de novas prescrições de BZD e implantação de orientações médicas e medidas alternativas de tratamento não medicamentoso (KOLLEN *et al.* 2012).

Os dados econômicos sinalizam que, tanto no Brasil quanto no mundo, existe um elevado custo decorrente do consumo elevado de BZD.

### 5.3 Material Educativo

Para estimular o uso racional dos BZD's e informar aos pacientes sobre os cuidados que estes devem ter com os psicotrópicos, foi desenvolvido um *folder* “Uso correto de ansiolíticos”. (Apêndice C) Os pontos abordados neste material são precauções do tipo: os principais efeitos adversos, o alerta sobre interações entre os BZD's e outras substâncias e a

importância do acompanhamento e avaliação do tratamento, que deve ser sempre acompanhada de orientação profissional.

A elaboração do material educativo denominado “**Autocuidado diante do sofrimento**” (Apêndice D) foi inspirada nos relatos dos próprios entrevistados que, quando indagados sobre outras formas de tratar os seus problemas psíquicos, denotam a singularidade que existe na experiência de cada um. Nas seguintes falas, os entrevistados contam as formas alternativas que encontram para cuidar da saúde mental: “[...] vou no forró, **divirto**, dirijo, viajo ” (Eto.03); “sair pra **passar** [...] viro outra pessoa” (Eto.04); “Aí eu começo a **rezar**, aí eu durmo, sabe? ” (Eto.08); “To bem melhor, com mais **atividade** [exercício físico]” (Eto.10). Ao perguntar a uma entrevistada sobre quem ela procura quando precisa de ajuda, ela responde: “**meu diário**” (Eto.07).

Apesar de todos utilizarem BZD de forma crônica, é evidenciado que alguns hábitos de vida servem como uma ‘válvula de escape’ para a elaboração de seus acometimentos psíquicos.

Diante disso, foi ressaltada a importância de estimular o paciente a se autoconhecer, buscando dentro de cada um os hábitos que possivelmente resultariam em um melhor desfecho para os seus acometimentos internos. Conforme Vorkapic e Rangé (2011), psicoterapias e terapias medicamentosas podem ser inviáveis economicamente para tratar os pacientes durante toda a vida. Dessa forma, é crucial que também se estabeleça mudanças de hábitos e práticas que possam ser adaptadas ao cotidiano de cada um, sem afetar a rotina e desencadear maiores prejuízos.

A cartilha foi preparada em um modelo ilustrativo, com a escolha seletiva de pinturas famosas que também trazem consigo uma história. A arte por si própria é também uma forma íntima de expressar a subjetividade da psique humana (SILVA, 2007). Algumas imagens selecionadas na cartilha são ligadas ao movimento do expressionismo, conhecido na história da arte por chamar a atenção para as expressões de sofrimentos das figuras dos quadros, retratando sentimentos como angústia e medo (SANTOS, 2017). Outras pinturas, como, por exemplo, as de Vincent van Gogh, foram importantes para retratar que um indivíduo acometido por um sofrimento psíquico encontra na arte a forma de se expressar, revelando através da pintura a sua genialidade. Atualmente, existe uma grande valorização dessas práticas artísticas na área de saúde mental, movimentos como os de Nise da Silveira marcaram essa mudança no Brasil e influenciaram a aplicação da arte para pacientes psiquiátricos (SILVA; BRITO; DRESSLER, 2011).

A elaboração da cartilha também foi pensada no sentido de propor um material que despertasse no leitor a reflexão sobre a sua própria dor de existir, bem como nos fatores do mundo contemporâneo que afetam diretamente as experiências de sofrimento. Houve um cuidado em propor algo que não tivesse a característica de autoajuda, com fórmulas prontas passíveis de serem aplicadas na vida de todos os indivíduos, de forma generalizada. Evitou-se também frases no modo imperativo; longe disso, as mensagens descritas, bem como as imagens, têm o objetivo de provocar no leitor a sua própria forma de ressignificar os seus modos de expressão e elaboração da dor de viver.

## **6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Além do desabastecimento, outra limitação do estudo feito para o levantamento de consumo está relacionada com a escolha da população considerada nos cálculos, utilizou-se o número de habitantes total dos municípios, de acordo com o último censo demográfico (IBGE, 2010).

Não foi possível determinar a quantidade de usuários, dos municípios em estudo, que são atendidos nas farmácias onde foram feitos os levantamentos de consumo. Desta forma, os valores podem estar subestimados, visto que nem todas as populações de ambas as cidades podem ter sido atendidas pela rede.

Não foram feitas entrevistas em número adequado em Mariana devido a problemas de comunicação entre a coordenação da Assistência Farmacêutica do município e a Farmacêutica responsável pela unidade amostral. O constrangimento surgido nesse ambiente inviabilizou a continuidade do trabalho em Mariana, sendo – infelizmente - realizada apenas uma entrevista (Entrevista 10). Ressaltamos que a pesquisa qualitativa em Mariana poderia ser muito elucidativa sobre os fatores sociais ocorridos após a catástrofe ambiental que impactou não só aquela população, mas o mundo todo.

Pesquisas posteriores poderão (ou deverão) ser realizadas para cobrir essa lacuna e dar voz aos cidadãos marianenses.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do levantamento de consumo de BZD feito nas cidades de Ouro Preto e Mariana infere-se que há uma necessidade de implementação de medidas educativas que reconsiderem o uso inadequado desses medicamentos e proponha formas alternativas de tratamento. O consumo dos psicotrópicos é alto no mundo inteiro, conforme foi observado na revisão de literatura, e o fenômeno de **medicalização da vida** influencia diretamente esse alto índice de utilização de psicotrópicos.

A aquisição do objeto medicamento sofre influências da indústria farmacêutica que vende a ideia de que os sintomas psíquicos são consequências somente da falta de neurotransmissores no cérebro. A propagação desse conceito leva a debates contemporâneos com temas como cientifização, medicalização e patologização em saúde mental, sendo muito questionáveis o alto consumo de psicofármacos e crescentes diagnósticos de transtornos como ansiedade e depressão, principalmente após a descoberta de novos fármacos.

O elevado consumo dos BZD's e de outros psicofármacos também envolve aspectos culturais e sociais e o que se observa na sociedade, de uma forma geral, são pessoas que enfrentam grandes dificuldades para lidar com o sofrimento e angústias inerentes à própria condição de existir. Contudo, apesar do amplo uso desses medicamentos, as pessoas ainda continuam perdidas diante dos seus desprazeres na expectativa de que se encontre uma fórmula rápida de resolução dos problemas. Esta questão também é influenciada pelo próprio modelo da sociedade contemporânea, onde há muitas demandas e exigências e, deste modo, a elaboração da dor acaba sendo deixada para segundo plano. A vida acelerada acaba exigindo soluções imediatas.

O uso crônico dos BZD's, além de não elaborar a dor do sujeito, provoca efeitos adversos graves como a dependência do medicamento, abstinência e tolerância, sendo as principais queixas sobre os efeitos negativos desse tipo de medicação. Por conseguinte, um outro problema decorrente do uso prolongado é a dificuldade de promover a descontinuidade do tratamento, que deve ser feita de forma gradual e aliada a outras formas de cuidado. Além disso, o tratamento com psicotrópicos geram gastos consideráveis para a rede pública de saúde e também para o paciente que, muitas vezes, é tratado por anos com os BZD's.

Por estes motivos, é imprescindível que os profissionais de saúde, principalmente médicos, farmacêuticos, psicólogos e assistentes sociais, trabalhem em conjunto para evitar a prescrição desses medicamentos para queixas comuns que não necessitam de uma intervenção farmacológica, promovam o uso racional dos medicamentos e manejo da descontinuidade do

uso prolongado associando a atividades psicoterapêuticas e mudanças de hábitos de vida que garantam uma melhora no quadro dos pacientes.

Os resultados e produtos poderão ser imediatamente incorporados na gestão e na atenção em saúde.

## EPÍLOGO: A NARRATIVA DA MINHA ANGÚSTIA DIANTE DA DOR DO OUTRO

Lidar com as nossas emoções não é uma tarefa fácil. Lidar com o nosso sofrimento, resultado do sofrimento do outro é também um enorme desafio. O mais palpável de ser descrito seria dizer que **a dor existe**, essa sensação que nos acomete e que nos coloca em atrito com o nosso próprio ser. Assim como o sofrimento não cabe em um manual, a experiência de lidar com a dor do outro também não cabe em um relato, **faltam palavras**.

Como seres humanos nós temos afetos. Lidamos (ou pelo menos tentamos lidar) com eles e através da relação com o outro, que também sofre, nos colocamos diante de nossas próprias inquietações e angústias e isso requer, mais que tudo, uma capacidade de nos enxergarmos como **seres que sentem**. Através dessa experiência, também surgem alguns questionamentos, como por exemplo, até onde posso ir e o que está em meu alcance? Sobretudo, onde não posso chegar? Talvez justamente por ser atribuído a cada um a missão de ser **autor de sua própria história**, sendo um processo intransferível.

Escutar experiências de sofrimento, na posição de entrevistador, requer um trabalho pessoal que começa antes do ato, mas que certamente não se finaliza. Uma vez escutado fica registrado em nosso ser, as palavras ecoam, nos sensibilizam e nos transformam. Ouvir, sentir, transcrever, reouvir, ressentir (os verbos são muitos). Tentar trabalhar com aquilo que ouviu e tentar organizar em tópicos, tudo isso coloca a nossa subjetividade em jogo a todo o tempo.

Mergulhando em meu íntimo, escutando trechos das experiências de sofrimento, alimentando a inquietude de meu ser, que não se conforma com o que vê e tenta achar uma saída, percebo que **a dor precisa ser sentida e reconhecida**. Afinal, é a não conformidade com aquilo que nos acomete e que nos toca a alma é que permite que se trabalhe no sentido de mudança.

Calar o que se sente, se colocar externo àquilo que nos consome por dentro, nos impede de tentarmos criar experiências interessantes na viagem que a vida nos possibilita, **uma viagem dentro de si mesmo**. Complemento este pensamento, usando uma frase de Freud que me inspira: “todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo”.

*Anna Karolina Raquel Duarte Barroso*

## REFERÊNCIAS

- AEMPS. Agência Espanhola de Medicamentos e Produtos Sanitários. **Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012**. v.1. 2014. Disponível em: <[https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos\\_hipnoticos-2000-2012.pdf](https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos-2000-2012.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2018.
- American Pharmacist Association. Drug Information Handbook. 22nd Ed. Ohio: Lexicomp, 2013. p. 457-460.
- ANDREATINI, R.; LACERDA, B. R.; ZORZETTO FILHO, D. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 233-242. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462001000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 out. 2018.
- ALVARENGA, J. M. *et al.* Chronic use of benzodiazepines among older adults. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 866-872, 2014.
- APA. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 976p.
- ARAÚJO, A. C.; NETO, F. L. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, jan. 2014.
- AZEVEDO, A. J. P.; ARAUJO, A. A.; FERREIRA, M. A. F. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 83-90, jan. 2016.
- BALDWIN, D. S. *et al.* Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association of Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, [S.l], v. 28, n. 5, p. 403-439, abr. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0269881114525674>>. Acesso em: 21 out. 2017.
- BAPTISTA, M. C. F. Melancolia, depressão e dor de existir. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 21-30, 2011.
- BARLOW, D. H; DURAND, V. M. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. 7. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015. 752p.
- BARROS, C. F. **Análise do consumo dos antidepressivos e benzodiazepínicos disponibilizados na Farmácia Popular do Brasil/UFRGS**. Trabalho de Conclusão de Curso -Graduação em Farmácia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto alegre, 2012. 24p.

BAYÓN, R. A; SAMPEDRO, G. Prescripciones inconvenientes en el tratamiento del paciente con deterioro cognitivo. **Neurología**, v. 29, n. 9, p. 523-532, 2014.

BESSET, V. L. *et al.* Trauma e sintoma: da generalização à singularidade. **Rev. Mal-Estar Subj.** Fortaleza. v. 6, n. 2, p. 311-331, set. 2006. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482006000200003-&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000200003-&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 10 set. 2018.

BEUX, M. T.; KUJAWA, I. Uso Abusivo de Psicofármacos: medicalização da vida e consequências psicossociais. **12. Mostra de Iniciação Científica e Extensão Comunitária - Faculdade Meridional-IMED, Passo Fundo, 2016.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010.** 2.ed. Brasília, 2010. 1135 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/SNVS. Portaria nº344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, 31 de dez. de 1998.

BRITO, J. Saúde – uma relação com o meio e os modos de vida. **Laboreal**, Porto, v. 13, n. 1, p. 100-103, jul. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-52372017000100012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-52372017000100012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 ago. 2018.

CANAVEZ, F.; HERZOG, R. Entre a psicanálise e a psiquiatria: a medicalização do trauma na contemporaneidade. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 01, p.111-129, jun. 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382011000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382011000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 set. 2018.

CARVALHO, M. R. F.; RODRIGUES, E. T.; GOLZIO, A. M. F.O. Intervenções no uso prolongado de benzodiazepínicos: Uma revisão. **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 5, n. 2, p. 55-64, 2016.

CARVALHO, S. R. *et al.* Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312015000401251&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312015000401251&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 out. 2018.

COPPEDÊ, D. R. **O discurso da depressão: quando dizer é sofrer.** Dissertação (Mestrado-Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de concentração Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016. 141p.

CORREIA, G. A. R.; GONDIM, A. P. S. Utilização de benzodiazepínicos e estratégias farmacêuticas em saúde mental. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 393-398, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042014000200393&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042014000200393&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 out. 2018.

COSER, O. **As metáforas farmacológicas com que vivemos: ensaios de metapsicofarmacologia.** Rio de Janeiro: Garamond. 2010. 144p.

DANTAS, J. B. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 563-580, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922009000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922009000300011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 out. 2018.

DANZIATO, L. J. B.; SOUZA, L. B. O lugar do sujeito e do gozo nos processos de medicalização dos sintomas. **Psicanálise & Barroco em revista**, [Rio de Janeiro], v. 14, p. 171-201, jul. 2016.

DIONNE, P. *et al.* Economic Impact of Inappropriate Benzodiazepine Prescribing and Related Drug Interactions Among Elderly Persons. **Psychiatric Services**, [United States], v. 64, n. 4, p. 331-338. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200089>. Acesso em: 02 out. 2018.

DUNKER, C. I. L.; NETO, F. A. K. crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626. 2011.

DUNKER, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. **J. psicanálise**. São Paulo, v. 47, n. 87, p. 79-107, dez. 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010358352014000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010358352014000200006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 23 ago. 2018.

DUPOTÉY, N. M. V.; OLIVEIRA, D. A. R. qualitative glimpse at pharmaceutical care practice. **Pharm. World Sci.**, [S.l.], v. 31, p. 609-611, 2009.

EHRENBERG. Depressão, doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 143-153, Jan. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982004000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982004000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 ago. 2018.

FIGER, A. A marca do excesso na atualidade. **Revista Psicanálise**. Porto Alegre, n. 6, 2011. Disponível em: [http://docs.wixstatic.com/ugd/8604ab\\_cf966be4a56c47d7a2e9f393e8d164f8.pdf](http://docs.wixstatic.com/ugd/8604ab_cf966be4a56c47d7a2e9f393e8d164f8.pdf). Acesso em: 11 set. 2018.

FIGUEIREDO, A. C. D. **Consumo e gastos com psicotrópicos no Sistema Único de Saúde no estado de Minas Gerais: análise de 2011 a 2013**. 2015. 63p. Dissertação (mestrado). Saúde Coletiva. Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

FIRMINO F. *et al.* Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://tuxchi.redalyc.org/articulo.oa?id=63020622017>. Acesso em: 25 de set. 2018.

GANHITO, N. C. P. Dormir nos braços da mãe: a primeira guardiã do sono. **Psychê**, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 65-84. Universidade São Marcos. 2002.

GELLIS, A. Diagnósticos e psicotrópicos - uma resposta pela psicanálise. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 107-118, 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642000000100007>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

GOODMAN, A, GILMAN. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. 12ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012.

GOREVSKI, E. *et al.* Utilization, Spending, and Price Trends for Benzodiazepines in the US Medicaid Program: 1991-2009. **Annals of Pharmacotherapy**, [S.l.], v. 46, n. 4, p. 503–512. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1345/aph.1Q618>> acesso em 02 out. 2018.

HALME A. S. *et al.* Uncovering the source of new benzodiazepine prescriptions in community-dwelling older adults?. **Int J Geriatr Psychiatr**, [United States], v. 28, n. 3, p. 248-255. 2013.

IBGE. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 24 set. 2018.

ISLAM, M. M. Twenty-year trends in benzodiazepine dispensing in the Australian population. **Intern Med J**, v. 44, n. 1, p. 57-64. 2014.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, jul. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 out. 2018.

KOLLEN, B. J. *et al.* Discontinuation of reimbursement of benzodiazepines in the Netherlands: does it make a difference? **BMC Fam. Pract**, v. 13, n. 111, 2012. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2296-13-111>>. Acesso em: 02 out. 2018.

KURTZ, S. P.; BUTTRAM, M. E.; SURRATT, H. L. Benzodiazepine dependence among young adult participants in the club scene who use drugs. **J. Psychoactive drugs**, [S.l.], v. 49, n. 1, p. 39-46, 2017. Disponível em <<http://doi.org/10.1080/02791072.2016.1269978>>. Acesso em 02 out. 2018.

MARCHI, K. C. *et al.* Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. **Revista eletrônica de Enfermagem**. v.15, n. 3, p. 731-739, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.18924>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, M. G.; FRIEDE, R.; RODRIGUES, A. C. ALMEIDA, D. S. *Cadê a minha cidade, ou o impacto da tragédia da Samarco na vida dos moradores de Bento Rodrigues. Interações*. Campo Grande, v. 18, n. 2, p. 3-12. 2017.

MORIN, C. M.; BENCA, R. Chronic insomnia. **The Lancet**, Reino Unido, v. 379, ed. 9821, p. 1129–1141. 2012.

NASARIO, M.; SILVA, M. M. **O consumo excessivo de medicamentos psicotrópicos na atualidade**. Artigo científico apresentado na Pós-Graduação de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Lato Sensu) no Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Taiaí – UNIDAVI, 2015.

NIMH. National Institute of Mental Health. Department of Health and Human Services. **Anxiety Disorders**. Washington: NHI, 2016. Disponível em: <<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>>. Acesso em: 25 out. 2017.

ORLANDI, P. *et al.* Uso Indevido de Benzodiazepínicos: Um Estudo com Informantes - Chave no Município de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, p. 896-902, 2005.

PARR, J. M. *et al.* Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. **Addiction**, London, v. 104, n. 1, p. 13–24. 2009.

PELEGRINI, M. R. F. O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 38-41, mar. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932003000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 out. 2018.

PEREIRA, M. E. C. “Boa noite, amado Príncipe”. Ou notas psicanalíticas sobre a insônia, o repouso e a morte na tragédia de Hamlet. **Psychê**. São Paulo, v. 6, n.10. p. 19-38. 2002.

\_\_\_\_\_. A insônia, o sono ruim e o dormir em paz: a “erótica do sono” em tempos de Lexotan\*. **Revista Latinoam Psicopat. Fund.**, São Paulo, ano VI, n.2, jun. 2003.

PIZZOL, T. S. *et al.* Uso não-médico de medicamentos psicoativos entre escolares do ensino fundamental e médio no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 109-115, Jan. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 Oct. 2018.

RAMOS, R. T. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v.66, n. 11, p. 365-374, nov. 2009.

REZENDE, C. P; CARRILLO, M. R. G. G.; SEBASTIÃO, E. C. O. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. v.28, n12, p.2223-35, 2012.

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

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000. 58p

SADOCK, B. J; SADOCK V. A; SUSSMAN N. **Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan & Sadock**. Tradução de Maria Regina Lucena Borges. 5.ed. Porto Alegre, Artmed, 2013. 342p.

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Sci. stud. [online]**. vol.9, n.1, pp.11-27, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1678-31662011000100002>>. Acesso em 23 ago. 2018.

SANTOS, K. N. Uma estética da loucura: Lacan e o expressionismo alemão. **O manguezal**. Aracaju, v.1, n.1. p.81-91. 2017.

SCHATZBERG, A. F; COLE J. O; BATTISTA, C. **Manual de Psicofarmacologia Clínica**. Tradução de Celeste Inthy. 6.ed. Porto Alegre, Artmed, 2009. 720p.

SEBASTIÃO, E. C. O. **Intervenção farmacêutica na qualidade assistencial e nas reações adversas da amitriptilina prescrita para pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde de Ribeirão Preto (SP)**. Tese (Doutorado – Programa de Pós graduação em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.170 p.

SILVA, K. O. F. Laço de amor: psicanálise e arte. **Diálogos: boletim do Ágora Instituto Lacaniano**, Campo Grande, n. 02. 2007.

SILVA, R. A. BRITO C. M. D. DRESSLER, C. V. G. Vincent van Gogh e a utilização das artes nas práticas de reabilitação em saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Santa Catarina, v.3. n.7. p.1-15. 2011.

SIMONETTI, A. **A angústia e a ansiedade na psicopatologia fundamental**. Dissertação (Mestrado) – Pontífca Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011. 165p.

SMOLLER, J. W; BLOCK, S. R; YOUNG, M. M. Genetics of anxiety disorders: the complex road from DSM to DNA. **Journal Depression and Anxiety**, United States, v.26, n 11, p. 965–975, nov. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/da.20615>>. Acesso em: 21 out. 2017.

SOALHEIRO, N. I; MOTA F. S. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. **Rev. Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 65-85. 2014.

SOLOMON, A. **O Demônio do meio dia. Uma anatomia da depressão**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002. 635p.

SOUZA, A. R. L; OPALEYE, E. S; NOTO, A. R. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1131-1140. 2013 Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000400026&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400026&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em: 16 out. 2018.

SPERANZA, N. *et al.* Consumo de benzodiazepinas en la población uruguaya: un posible problema de salud pública. **Rev Méd Urug**, [S.l.], v. 31, n. 2, p. 112-9, 2015.

TUCHERMAN, I. Nem toda forma de amor vale a pena ou paixão é cocaína, amor é rivotril. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 9, n. 4, dec. 2015. Disponível em:

<<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1008>>. Acesso em: 02 oct. 2018.

VERHOEVEN, W. M; TUINIER, S. Two steps forward, one step back; paradigmatic changes in psychiatry. **J Neural Transm**, Austria, v. 108, p. 617–627. 2001.

VIEIRA, M. A. Dando nome aos bois, sobre o diagnóstico em psicanálise. In: Ana Cristina Figueiredo. (Org.). **Psicanálise - pesquisa e clínica**. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2001, p. 171-181. 271p.

VORKAPIC, C. F.; RANGÉ, B. Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Campinas, v.7, n 1, p.50-54, 2011.

VORMITTAG, MOTTA, E. ARAUJO, P. A. OLIVEIRA, M. A.; GLERIANO, SOUZA, J. Avaliação de saúde da população de Barra Longa afetada pelo desastre de Mariana, Brasil. **Ambient. soc.** São Paulo, v. 21, 2018 .

WHITAKER, R. Anatomy of an epidemic: Psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America. **Ethical Human Sciences and Services**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 23-35, 2005.

WHO. World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. 2003. Disponível em: <[http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](http://www.whocc.no/atc_ddd_index/)>. Acesso em: 24 set. 2018.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. **Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2014**. 285p. Disponível em: <<https://www.whocc.no/filearchive/publications/guidelines.pdf> > acesso em: 24 set. 2018.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Improving access and use of psychotropic medicines. Mental health policy and service guidance package**. Geneva: World Health Organization, 2005.

ZORZANELLI, R. T. *et al.* Consumo do benzodiazepínico clonazepam (Rivotril ®) no Estado do Rio de Janeiro, 2009-2013: Estudo ecológico. **Cien Saude Colet** [periódico na internet], Rio de Janeiro, jan. 2018. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/-/artigos/consumo-do-benzodiazepinico-clonazepam-rivotril-no-estado-do-rio-de-janeiro-20092013-estudo-ecologico/16563?id=16563&id=16563>>. Acesso em: 24 set. 2018.

ZORZANELLI, R. T. CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface (comunicação, saúde e educação)**. Botucatu, v.22, n.66. p. 721-731. 2018.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS

De que forma você cuida da sua saúde?

O que é o cuidado em saúde para você? E cuidado em saúde mental?

Você faz uso de algum psicofármaco? Qual?

O que significa para você utilizar medicação psiquiátrica?

E, quais as facilidades e dificuldades que você encontra com o uso de medicação psiquiátrica?

Como você se sente ao tomar esse medicamento?

Você sabe para que ele “serve”?

Por que você usa?

Você sente algum efeito indesejável?

Que efeitos você sente que você acha que sejam "bons efeitos"?

Quando você tem dúvidas sobre o medicamento, a quem você costuma perguntar?

Você consegue obter as respostas?

Quem você sempre procura quando precisa? (Acesso, acolhimento, vínculo).

Quando você não se dá bem com a medicação, você conversa com seu médico ou com mais alguém sobre isso?

Você toma alguma atitude sozinho ou sempre faz o que os profissionais pedem?

Alguém participa do seu tratamento? Quem? É suficiente ou você gostaria que fosse diferente?

Você já quis parar de tomar? Por que? Como foi isso e o que aconteceu?

Você tem medo de parar de tomar? Por quê? O que já aconteceu? Como lidou?

Você conhece outras formas de tratar seu problema? Que tipo? Já experimentou? Como sentiu? O que te faria usar outras formas de tratamento?

Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para ansiedade?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PARTICIPANTES

A pesquisa que você está sendo convidada/o a participar tem a intenção de conhecer os medicamentos que você usa e o motivo. Seu título é **Educação em saúde baseada no consumo e na percepção de pacientes ambulatoriais sobre uso de benzodiazepínicos na Região de Ouro Preto e Mariana.**

Sua participação se dará na forma de uma entrevista, de duração aproximada de 40 minutos, em local e horário combinados. Essa entrevista será gravada para que possamos conversar e eu não perca nenhum detalhe do que você me contar. Farei perguntas relacionadas a dados sobre si mesma/o (idade, sexo, ocupação, sobre sua moradia), sobre sua família (história familiar de problemas de saúde). Também conversaremos sobre o uso de medicamentos controlados (psicofármacos) e aspectos relacionados a essa utilização (motivo, dose, quando iniciou, frequência, indicação e como obteve, e sobre o que você pensa e sente sobre o tratamento). O objetivo dessas perguntas é conhecer o que as pessoas pensam sobre o que as motiva ou desmotiva a tomar esses remédios controlados.

Não será feita nenhuma atividade que lhe traga qualquer desconforto ou incômodo físico, nada que lhe provoque dor ou problema físico, nenhum tipo de atividade que comprometa a integridade de seu corpo ou risco à sua vida.

Caso seja de sua preferência podemos executar a gravação usando um aplicativo que irá alterar sua voz e se quiser, poderemos entrevista-lo sem gravar. A colaboração para o desenvolvimento dessa pesquisa é totalmente voluntária e você pode escolher não responder a qualquer uma ou todas as perguntas apresentadas no questionário, podendo a qualquer momento desistir de participar desse estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Você poderá obter qualquer informação que quiser.

É importante deixar claro que os resultados desta pesquisa irão resultar em artigo e serão publicados, mas em nenhum momento desse estudo, as pessoas que estarão trabalhando com seus dados saberão que você participou, ou seja, será garantido o sigilo de seus dados e seu anonimato, pois você será identificada/o por um código e não por seu nome. As informações analisadas não serão associadas ao nome dos participantes em nenhum documento, relatório e/ou artigo que seja resultante desta pesquisa. Esses procedimentos vão garantir que os dados serão confidenciais. Se você não quiser ou não puder mais participar da pesquisa, poderá pedir aos pesquisadores, a qualquer momento, que apaguem suas respostas.

Informamos também que você não receberá dinheiro ou outra recompensa para participar dessa pesquisa, mas também não terá nenhuma despesa. Importante reforçar que a participação ou não nessa pesquisa em nada vai alterar o tipo e a qualidade de seu atendimento em qualquer unidade de saúde do Brasil.

Sua participação é importante, pois é através deste tipo de pesquisa que esperamos aumentar nosso conhecimento sobre, por exemplo, que tipo de problemas as pessoas têm para cumprir seu tratamento e como lidam com isto.

Todo o material resultante deste estudo ficará sob a guarda da Prof.a Dr.a Elza Conceição de Oliveira Sebastião, em sua sala de trabalho na sala 26 da Escola de Farmácia – Universidade Federal de Ouro Preto, que será guardado e trancado em armário de aço apropriado para esse fim, tornando-se inacessíveis para os alunos e demais professores. Esse material ficará armazenado pelo prazo de cinco anos, quando será destruído. Esses procedimentos garantem a confidencialidade dos dados coletados nesse material durante a condução desse trabalho.

Caso a Sr.<sup>a</sup> queira saber mais detalhes sobre o projeto e os resultados da pesquisa, poderá entrar em contato com a Prof.a Dr.a Elza Conceição de Oliveira Sebastião, pelo telefone (31) 99346.8388 ou pelo e-mail [elza.oliveira@gmail.com](mailto:elza.oliveira@gmail.com). Caso o/a Sr./Sr.<sup>a</sup> tenha alguma dúvida ética com relação ao projeto, poderá entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFOP; Universidade Federal de Ouro Preto, Campus Universitário – Morro do Cruzeiro; Tel: (31) 3559-1367; Email: [cep@propp.ufop.br](mailto:cep@propp.ufop.br)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Confirmando que li e/ou ouvi os esclarecimentos sobre a pesquisa, fui informada/o dos objetivos da pesquisa proposta, de maneira clara e detalhada. Esclareci minhas dúvidas e sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Compreendi para que serve o estudo e como será minha participação. A explicação que recebi esclareceu os riscos e benefícios da pesquisa. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso me não afetará. Sei que meu nome não será divulgado. Sei que em caso de dúvidas entrarei em contato com a Prof.a Dr.a Elza Conceição de Oliveira Sebastião pelo telefone 99346-8388 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFOP, Universidade Federal de Ouro Preto, Campus Universitário – Morro do Cruzeiro - Tel.: (31) 3559-1367 - E-mail: [cep@propp.ufop.br](mailto:cep@propp.ufop.br) .

**Declaro que após convenientemente esclarecida/o e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar da pesquisa.**

Ouro Preto, .....de .....de 2018.

MARQUE UMA DAS OPÇÕES:

- Aceito participar SEM gravação de minha voz
- Aceito participar COM gravação de minha voz normal
- Aceito gravação, mas COM alteração da minha voz

Sua assinatura ou rubrica

## APÊNDICE C – Folder produzido ‘USO CORRETO DOS ANSIOLÍTICOS’

### O QUE SÃO ANSIOLÍTICOS?

Eles são psicofármacos, popularmente conhecidos como medicamentos “tarja preta”. Esses medicamentos são controlados, ou seja, não podem ser vendidos ou dispensados sem uma prescrição médica com notificação de receita “receita azul”. Alguns exemplos são: Clonazepam (Rivotril®), Diazepam (Valium®), Alprazolam (Frontal®), Lorazepam (Lorax®).

Esses medicamentos podem causar dependência (vício), pois atuam no Sistema Nervoso Central (SNC).

Por esse motivo, não é recomendado o uso contínuo e por tempo indefinido nem crônico desses medicamentos. Eles são muito úteis quando bem indicados, mas também podem ser descontinuados com segurança para evitar a dependência e outros malefícios.

Em casos de dúvidas, SEMPRE procure seu médico e seu farmacêutico!

**Há maneiras seguras de você retirar esse vício!  
Existem outras formas de tratar ansiedade e insônia!**

### ELABORAÇÃO E INFORMAÇÕES

Monitores: Anna Karolina Raquel Duarte Barroso, Paulo César Corraide,  
Orientadoras: Msc Cristiane de Paula Resende, Dra Elza C. Oliveira Sebastião

GRUPO DE ESTUDOS FARMACÊUTICOS – GEPHAR  
Universidade Federal de Ouro Preto  
Escola de Farmácia  
Laboratório de Farmácia Clínica  
Campus Morro do Cruzeiro  
CEP 35.400-000 Ouro Preto – MG  
E-mail: [gephar.ufop@gmail.com](mailto:gephar.ufop@gmail.com)  
E-mail da autora: [annakarolina@hotmail.com](mailto:annakarolina@hotmail.com)



## Uso Correto dos Ansiolíticos



## “TARJAS PRETA”- CUIDADO COM ANSIOLÍTICOS!



Ao operar máquinas ou dirigir veículos, sua atenção pode estar prejudicada. Este medicamento pode causar sono e tonteira. O seu uso pode aumentar o risco de acidentes de trânsito, de trabalho e acidentes domésticos, inclusive de quedas.

O uso com bebidas alcoólicas ou com outros medicamentos que atuam no cérebro aumentam o efeito do sono e de outras reações perigosas dos ansiolíticos. Estes medicamentos não devem ser utilizados por grávidas nem por mães que amamentam seus bebês no peito. Idosos não deveriam usar ansiolíticos porque são pessoas mais sensíveis a seus efeitos nocivos.



É importante fazer exames de sangue e outros exames clínicos com regularidade para saber como estão seu fígado, rins e seu organismo de forma geral.

Os ansiolíticos também podem levar à “anestesia emocional”. Pode haver prejuízos da memória e piora da qualidade do sono, além de dores de cabeça.









## MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP

Escola de Farmácia

### CERTIFICADO DE CORREÇÃO

Certifico que a discente Anna Karolina Raquel Duarte Barroso, número de matrícula 14.1.2089, defendeu a Monografia intitulada "Meu remédio pra dormir, meu amigo inseparável. Uma abordagem sobre o consumo e a percepção de pacientes sobre o uso crônico de benzodiazepínicos" em 03 de Dezembro de 2018 e REALIZOU TODAS AS CORREÇÕES REQUERIDAS PELA COMISSÃO AVALIADORA.

Ouro Preto, 13/12 2018

Prof. Dra. Eliza Conceição de Oliveira Sebastião  
Orientadora  
(DEFAR-EF-UFOP)