



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE CIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

BRUNA VIEIRA GOMES

**O CONSUMO DE BENZODIAZEPÍNICOS E ANTIDEPRESSIVOS POR MULHERES
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

SOBRAL- CEARÁ
2015

BRUNA VIEIRA GOMES

O CONSUMO DE BENZODIAZEPÍNICOS E ANTIDEPRESSIVOS POR MULHERES
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Área de Concentração: Saúde Mental, Violência e Cuidado.

Orientador: Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira.

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Eliany Nazaré Oliveira.

SOBRAL- CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

-
- G612c Gomes, Bruna Vieira.
 O consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos por mulheres na Estratégia Saúde da Família.
 / Bruna Vieira Gomes. – 2014.
 106 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral,
 Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2016.
 Área de Concentração: Saúde da Família.
- Orientação: Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira.
 Coorientação: Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira

1. Atenção primária. 2. Medicalização. 3. Transtornos relacionados a uso de substâncias. I. Título.

CDD 616.8527061

BRUNA VIEIRA GOMES

O CONSUMO DE BENZODIAZEPÍNICOS E ANTIDEPRESSIVOS POR MULHERES
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde Mental, Violência e Cuidado.

Aprovada em: 29/08/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira
Universidade Federal do Ceará
Orientador

Prof.^a Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
1º membro

Prof.^a Dra. Antônia Eliana de Araújo Aragão
Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)
2º membro

As mulheres que dividiram comigo suas
dores, seus dissabores, suas lágrimas,
dedico essa vitória.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus Jeová que tem me guiado por caminhos por vezes tortuosos, mas que têm me concedido imensas vitórias.

Aos meus pais Lúgia Vieira e Wellington Gomes que estão presentes em momentos cruciais, dando sempre o seu apoio e me lembrando que estão sempre comigo.

A minha avó Rita de Cássia que me incentiva diariamente e que do seu jeito, sempre demonstra carinho e preocupação.

Ao meu esposo Roberto Pivatto que ao meu lado compreendeu minha ausência, minhas angústias, dividindo comigo as alegrias e tristezas dessa caminhada.

Aos meus irmãos Wellington Júnior e Brena Vieira a quem quero servir de exemplo, espero um dia prestigiá-los num momento semelhante.

A FUNCAP – Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo apoio financeiro durante essa pesquisa.

Ao meu orientador Geison Vasconcelos Lira por ter me aceitado como orientanda e compreendido minhas limitações e por me estimular nos momentos em que estava enfraquecida. Estar diariamente ao seu lado tem sido um crescimento indescritível.

A minha co-orientadora Eliany Nazaré de Oliveira que esteve comigo durante grande parte dessa caminhada e a quem devo muito, peço desculpas pelos momentos que não estive à altura de suas expectativas. Saiba que és um exemplo de mulher, enfermeira e profissional. Tenho um grande carinho por você.

As professoras Antônia Eliana de Araújo Aragão e Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque por aceitarem participar desse importante momento de minha vida e trazerem suas valiosas e enriquecedoras colaborações.

A professa Nazaré Oliveira Fraga que participou de minha qualificação e fez importantes e valorosas contribuições a minha pesquisa.

Aos professores do mestrado que compartilharam seus conhecimentos, vitórias e angústias durante essa caminhada. Os seus ensinamentos levarei para a vida toda. Vocês são exemplos a serem seguidos.

Aos colegas de mestrado que durante esses dois anos foram companheiros, algumas vezes perto, outras distante, mas sempre com palavras de apoio.

As amigas Loise Zanin, Polyana Francelino e Fabiana Lima, amizade que transcendeu ao mestrado e que sempre reflorescerá ao nosso reencontro. E ainda pelas oportunidades concedidas, pela presença nas horas certas, pela convivência, pela troca de experiência, pelas palavras e apoio nos momentos exatos, pelas horas e angústias compartilhadas, pelos momentos de descontração e felicidade.

Aos brilhantes profissionais que gerenciam as Unidades Básicas de Saúde participantes da pesquisa Tássia Camila, Luisa Fialho, Bruno Frota, e Claudiane Grangeiro, vocês foram essenciais na construção dessa dissertação.

Aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que não mediram esforços para facilitar nosso encontro com as mulheres.

Aos estudantes de enfermagem, futuros companheiros de profissão, Liana Rodrigues, Rejânio Aragão, Suênia Evelyn e Lívia Mara que me ajudaram no período da coleta e compartilharam comigo os desafios de ser um pesquisador. Vocês fazem parte dessa história, os levarei para sempre em meu coração.

Aos companheiros de trabalho Dr. Klauber Roger, Dr. Oliven Queiroz, Dra. Ana Cristina Rocha e Cricilane Alcântara que me incentivaram quando estava desanimada, achando que não iria conseguir. O incentivo de vocês foi fundamental.

RESUMO

Muitas vezes diante do sofrimento e das frustrações oferecidas pela vida, a saída mais plausível parece ser recorrer ao uso de algum tipo de psicotrópico, isto nos levou a questionar qual o contexto de vida das usuárias de benzodiazepínicos e antidepressivos. Propomo-nos neste estudo a analisar as características do consumo de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos por mulheres na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral-Ceará. Participaram da pesquisa 75 mulheres. Utilizamos como abordagem a técnica de métodos mistos, tivemos como cenário de pesquisa 05 UBS no município de Sobral e como público alvo mulheres usuárias de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos por período superior a 12 meses ininterruptos e que aceitaram participar da pesquisa assinando o TCLE. As informações foram coletadas através de formulário e roteiro de entrevista semiestruturada, nos meses de janeiro a março de 2014. Os dados quantitativos foram analisados utilizando a estatística descritiva e os dados qualitativos através da codificação axial. Os resultados demonstram o seguinte perfil: mulher branca (57,3%), casada (52%), tempo de união acima de 30 anos (36,0%), com 4 filhos ou mais (36%), alfabetizada (76%) e com renda familiar de um salário mínimo ou menos (74,6%). Quanto ao tempo de uso, 66% das mulheres entrevistadas fazem uso de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos há mais de 5 anos, sendo o maior tempo 36 anos, o principal prescritor é o médico da UBS. Os fatores desencadeadores do consumo de benzodiazepínicos e psicotrópicos foram divididos em três categorias: perdas e mortes; problemas de relacionamento; problemas de saúde. Nossos achados sinalizaram que o início do consumo está intimamente relacionado com problemas conjugais e familiares e que o acompanhamento dessas mulheres precisa de um olhar holístico para que o medicamento não seja um suporte, muitas vezes inadequado para um problema de ordem não fisiológica. Nosso estudo contribuirá para uma reflexão das próprias usuárias sobre o seu relacionamento com a medicação e para a equipe de saúde repensar o cuidado a essa mulher, buscando estratégias não farmacológicas para prestar a assistência à qual essa mulher necessita.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária; Benzodiazepínicos; Antidepressivos; Mulheres.

ABSTRACT

On many occasions, in the face of the suffering and frustrations that life can offer, the most plausible way out seems to be resorting to the use of some kind of psychotropic drug; this led us to question the context of life for users of medications containing benzodiazepine and antidepressive agents. In this study we proposed to analyze the consumption characteristics of *medications* containing benzodiazepine and/or antidepressive agents by women in the Family Health Strategy from the municipality of Sobral-Ceará. Seventy-five women participated in this study. This study was completed using the mixed-methods technique at 5 Primary Health Care Centers (PHCC), in the municipality of Sobral and the target public consisted of women - users of medications containing benzodiazepine and/or antidepressive agents for a period greater than 12 consecutive months and accepting participation in this study through signing the Informed Consent Form (ICF). Information was collected by means of a form and a semi-structured interview script, from January to March 2014. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data by means of axial coding. The results present the following profile for the women: white/fair skinned (57.3%), married (52.0%), in civil union for over 30 years (36.0%), and literate (76.0%), with family income of one minimal wage or less (74.6%). Concerning the length of use, 66% of the women interviewed had taken medications containing benzodiazepine and/or antidepressive agents for more than 5 years, the longest being 36 years; the main prescriber is the physician at the PHCC. The triggering factors for the consumption of medications containing benzodiazepine and psychotropic drugs were divided into three categories: losses and deaths; relationship problems; health problems. Our findings signaled that the onset of consumption is intimately related to marital and family problems, and the monitoring of these women requires a holistic approach for the medication not to be used as a support, quite often being inadequate for a problem of non-physiological origin. Our study will contribute to the reflection of the users themselves on their relationship with the medication, and for the health team to rethink the care to these women, seeking non-pharmacological strategies to provide the assistance that these women need.

Keywords: Family Health Strategy; Primary Health Care; Benzodiazepine; Antidepressive Agents; Women.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Bases de Dados em Enfermagem
BZD	Benzodiazepínicos
CAF	Central de Assistência Farmacêutica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CNDSS	Comissão Nacional dos Determinantes Sociais
CSF	Centro de Saúde da Família
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCB	Internacional Narcotics Control Board
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção em Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISMC	Programa de Atenção Integral Saúde da Mulher e da Criança
PNDU	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNPM	Política Nacional de Políticas para Mulheres
PSDB	Partido Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PPS	Partido Popular Socialista
RAISM	Rede de Atenção Integral à Saúde Mental
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SDSS	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central

SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCGM	Termo de Compromisso de Gestão Municipal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do consumo por habitante de benzodiazepínicos e antidepressivos por Unidade de Saúde em Sobral – CE no triênio 2010-2012.....	53
Tabela 2	Distribuição das mulheres estudadas conforme características socioeconômicas. Sobral, 2014	61
Tabela 3	Distribuição das mulheres estudadas conforme características de consumo. Sobral, 2014	64
Tabela 4	Distribuição das mulheres estudadas conforme medicamentos utilizados. Sobral, 2014.....	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa do município de Sobral-CE com sede e distritos.....	51
Figura 2	Divisão das macroáreas do Sistema de Saúde de Sobral-CE.....	52
Figura 3	Modelo de Paradigma de Flick.....	57
Figura 4	Consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos relacionado a perda e morte de familiares.....	74
Figura 5	Consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos relacionado a problemas pessoais e familiares.....	78
Figura 6	Consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos relacionado a problemas de saúde.....	82

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Das vivências pessoais a vida profissional, uma aproximação com a saúde mental.....	16
1.2	Problematizando o objeto.....	18
1.3	Justificativa e Relevância da pesquisa.....	23
2	OBJETIVOS.....	27
2.1	Objetivo Geral	27
2.2	Objetivos Específicos	27
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	28
3.1	A inserção das mulheres na sociedade brasileira e as Políticas Públicas	28
3.2	Mulheres nordestinas – uma história de violência e adoecimento	34
3.3	A mulher sobralense e as políticas públicas – De que dispomos? ...	35
3.4	O uso de psicofármacos e a Medicalização Social: um mal da atualidade?.....	40
3.5	O processo de medicalização da mulher: iatrogênese.....	46
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	50
4.1	Tipo de pesquisa.....	50
4.2	Cenário da Pesquisa.....	51
4.2.1	Centros de Saúde da Família.....	52
4.3	Universo e Amostra.....	54
4.3.1	Quantitativa.....	54
4.3.2	Qualitativa.....	54
4.4	Técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....	55
4.4.1	Quantitativa.....	55
4.4.2	Qualitativa.....	56
4.5	Tratamento e Análise das Informações.....	56
4.5.1	Quantitativa.....	56
4.5.2	Qualitativa.....	57
4.6	Aspectos éticos.....	57
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS ACHADOS.....	60
5.1	Perfil socioeconômico das mulheres usuárias de benzodiazepíni-	

cos e antidepressivos na Estratégia Saúde da Família.....	60
5.2 Características do consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos por mulheres na Estratégia Saúde da Família.....	63
5.3 Características dos fatores associados ao início do consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos.....	71
5.3.1 Consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos relacionados a problemas pessoais e familiares.....	72
5.3.2 Consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos relacionados a problemas de saúde	77
5.3.3 Consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos relacionados a perdas e morte de familiares.....	81
CONCLUSÃO.....	87
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICES.....	100
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
APÊNDICE B – Carta de Anuência para Entrada em Campo	
APÊNDICE C – Formulário para Levantamento de Dados	
APÊNDICE D – Roteiro para Entrevista Semiestruturada	
ANEXO.....	107

1 INTRODUÇÃO

Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri no caminho incerto da vida que o mais importante é decidir.

(Cora Coralina)

1.1 Das vivências pessoais a vida profissional, uma aproximação com a saúde mental

O uso de drogas não é uma herança da modernidade, contudo tem-se tornado um fato corriqueiro em nosso dia a dia, muitas vezes precocemente estimulado, como o uso de álcool, tabaco, anfetaminas e psicotrópicos.

O tema drogas foi algo que sempre me interessou principalmente as drogas lícitas, que são drogas “socialmente” aceitáveis, mas que tanto mal trazem às pessoas, pois convivi com familiares alcoolistas e dependentes de tabaco, fato que influenciou posteriormente o meu interesse pelo campo da saúde mental.

Meu primeiro contato com a Saúde Mental aconteceu enquanto acadêmica do 6º período do curso de Enfermagem. Fui a campo para as práticas da disciplina de Psiquiatria, momento em que conheci a Rede de Saúde Mental de Sobral (RAISM). De todos os dispositivos, logo me identifiquei com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad) que se destina ao tratamento de usuários de álcool, tabaco e outras drogas.

No 9º período, por ocasião da construção do trabalho de conclusão de curso (TCC) retornei ao CAPS ad para realizar a minha pesquisa que visava descrever o funcionamento do referido serviço, que no ano de 2004 tinha apenas dois anos de funcionamento, sendo ainda desconhecido da população e até mesmo de muitos profissionais de saúde. Assim, durante a realização de minha pesquisa pude acompanhar todo o trabalho desenvolvido pelo CAPS ad, o que me proporcionou uma maior identificação com o serviço. Devido à experiência adquirida durante a pesquisa, no ano de 2006 participei de uma seleção para enfermeira para trabalhar no CAPS ad, ingressando assim na RAISM. Contudo, é importante salientar que na minha formação enquanto acadêmica de enfermagem, as temáticas drogas e dependência química foram abordadas de forma incipiente e que o pouco tempo em campo de prática não proporciona segurança, nem prepara para trabalhar

com usuários de drogas. Então, só me senti capacitada para assumir tal desafio por ter estado inserida durante três meses no serviço como acadêmica em estágio extracurricular.

Atuei no CAPS ad entre o ano de 2006 e 2009, primeiro como enfermeira assistente e depois como coordenadora. Durante o período de atuação, comecei a observar uma procura elevada de benzodiazepínicos, tanto por homens quanto por mulheres. Alguns pacientes alegavam que os benzodiazepínicos reduziam a vontade do uso de outras drogas, mas encontramos também nesse cenário algumas mulheres que faziam uso desses medicamentos para conseguir contornar determinadas situações de vida, como por exemplo, o uso de álcool e outras drogas por algum familiar.

Em 2010, comecei a atuar na área da docência como preceptora do Curso de Graduação em Enfermagem, passando a estar diariamente em contato com a Equipe de Saúde da Família devido ao acompanhamento das práticas. Nesse momento, ao acompanhar com maior proximidade os pacientes e estar inserida em seu contexto, percebi que a realidade do uso de benzodiazepínicos era bem mais complexa, do que vivenciei quando estava no CAPS ad, com pacientes tomando medicamentos por períodos maiores que o recomendado, sem qualquer previsão de redução ou suspensão, repetição de receitas sem acompanhamento adequado.

Minha vivência na Estratégia Saúde da Família (ESF) evidenciou a facilidade com que as mulheres se expõem ao uso prolongado de benzodiazepínicos e antidepressivos como forma de minimizar problemas familiares, econômicos e sociais, visto que qualquer dificuldade social que seja relatada por essas mulheres é tratada com medicamentos. Em decorrência dessa facilidade na aquisição da medicação é comum haver esse tipo de medicamento na bolsa ou na farmácia caseira dessas mulheres, e até mesmo o empréstimo entre amigos e familiares, o que se configura como uma prática perigosa.

A cultura medicalizante ainda é muito presente no cotidiano da ESF, e está arraigada em muitos profissionais. É bem verdade que o uso de benzodiazepínicos e antidepressivos é para essas mulheres usuárias uma bengala para o auxílio das mazelas sociais, tais como fatores familiares, econômicos. No entanto, medicalizar problemas sociais ou mesmo familiares pode melhorar suas vidas em curto prazo, ou seja, é uma atitude de resolução provisória, que remedia o

problema superficialmente, mas em algum momento as sequelas aparecerão. Será que é possível mudar essa realidade?

1.2 Problematicando o objeto

A construção do texto que segue é fruto do Mestrado em Saúde da Família, onde tanto eu, como mestrandos, como meu orientador, delineamos juntos na busca de elucidar nossas inquietações. Neste contexto, optaremos pelo uso da primeira pessoa do plural que afirma nossa parceria na construção dessa pesquisa.

Ao longo da história da civilização, as substâncias psicoativas não foram usadas somente no tratamento das afecções mentais, mas como parte essencial em muitos dos rituais xamânicos,¹ oferecendo distintos significados para as mais diversas situações, em diferentes momentos da história humana, a procura por essas substâncias também parece acompanhar de perto a busca do homem em tornar-se insensível aos infortúnios que a vida oferece. Utilizar-se de recursos capazes de anestesiar os sentidos não constitui uma atitude própria e única do sujeito contemporâneo (CANABARRO e ALVES, 2009).

O uso de psicofármacos está inserido em uma matriz de valores sociais e expectativas dentro de um macrocontexto. Em algumas situações a droga é usada para melhorar relacionamentos sociais, ao passo que pode alterar o comportamento de alguém (ou suas emoções), passando assim a estar em conformidade com o modelo idealizado do comportamento “normal” (HELMAN, 2009).

Em nosso cotidiano nos deparamos com uma dor nas costas aqui, uma dor de estômago ali, uma tristeza, uma dor de cabeça que vai e volta, uma gripe, uma gravidez, um parto, uma morte. Contudo, hoje é cada vez mais evidente que esse rol de situações, problemas, sofrimentos e experiências, que todos administravam por conta própria estão encolhendo (TESSER, 2010).

¹ Os rituais xamânicos são práticas etnomédicas, mágicas, religiosas (animista, primitiva) e filosóficas (metafísica), envolvendo cura, transe, supostas metamorfoses e contato direto entre corpos e espíritos de outros xamãs, de seres míticos, de animais, dos mortos, etc. O sacerdote do xamanismo é o xamã, que geralmente entra em transe durante rituais xamânicos, manifestando poderes incomuns, invocando espíritos, plantas etc., através de objetos rituais, do próprio corpo ou do corpo de assistentes e pacientes. A comunicação com estes aspectos sutis da vida pode se processar através de estados alterados de consciência. Estados esses alcançados através de batidas de tambor, danças e até ervas enteógenas.

O que vivenciamos hoje são pessoas que veem os problemas, os desafios, as perdas do cotidiano como algo que não deve ser vivenciado, o que é evidenciado por Tesser (2010) quando diz que infelizmente vivemos em uma época em que o sentir ganha proporções que beiram o insuportável.

Diante do sofrimento e das frustrações oferecidas pela vida a saída mais plausível parece ser recorrer ao uso de algum tipo de psicotrópico. Qualquer coisa capaz de aplacar as paixões, as ansiedades e as tristezas da alma é bem vinda. E quanto menos tempo levar para fazer efeito, melhor. É assim que vemos configurar-se a sociedade atualmente, sem querer sentir, característica que, como veremos, não é exclusiva da sociedade contemporânea, embora o nível de busca, em termos de representatividade social, por uma espécie de anestesiamento é hoje, inédito na história da civilização (CANABARRO e ALVES, 2009).

Descobertos há mais de 50 anos, os benzodiazepínicos (BZD) continuam em evidência, caracterizando-se como a classe de psicofármacos mais prescrita atualmente. Os benzodiazepínicos são prescritos como sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares ou anticonvulsivantes. De acordo com Galduróz *et al.*, (2005), no Brasil, os benzodiazepínicos são a terceira classe de drogas mais prescritas sendo utilizados por 4% da população. Os usuários de benzodiazepínicos são, em sua maioria, mulheres e o consumo aumenta com a idade.

Nos últimos 10 anos, verificamos um aumento significativo do consumo de psicotrópicos em todo mundo, principalmente de antidepressivos. No ano de 2002, os fármacos antidepressivos representaram 4,2% do mercado farmacêutico global, sendo a 3ª classe terapêutica em termos de gastos financeiros. O seu uso e prescrição têm aumentado, não apenas em quantidade, mas também em duração do uso, por períodos cada vez maiores do que os preconizados na literatura especializada (SANTOS, 2009).

Como vimos além do consumo de benzodiazepínicos, vemos crescer também o consumo de antidepressivos, que em 2008, foi a oitava classe terapêutica a nível mundial, com vendas superiores a 16 mil milhões de euros, valor que se tem mantido relativamente estável desde 2004. O consumo de antidepressivos corresponde a aproximadamente 3% do mercado farmacêutico mundial. Na Europa, entre 2000 e 2005, verificou-se um aumento significativo do consumo de antidepressivos, fato que verificamos também no Brasil como veremos a seguir.

Apesar da escassez de pesquisas de base populacional, as que estão sendo realizadas apontam para a continuidade do consumo de benzodiazepínicos e o aumento do consumo de antidepressivos como demonstra o estudo comparativo entre os anos de 1994 e 2003 realizados em Pelotas-RS. Os resultados mostraram prevalência de consumo de psicotrópicos na população em 2003, que foi de 9,9%. Ao comparar as prevalências, houve uma pequena em relação à prevalência observada em 1994, que foi de 11,9%. Em ambos os estudos, os benzodiazepínicos (grupo de medicamentos que possui efeitos sedativos, hipnóticos e de controle da ansiedade), representaram mais da metade dos psicofármacos consumidos. Em 2003, houve redução da proporção de consumo de antipsicóticos e anorexígenos (moderadores de apetite), em comparação ao estudo de 1994. Por outro lado, houve significativo aumento do consumo de antidepressivos em 2003. O maior consumo de psicotrópicos associa-se significativamente às seguintes características: ser do sexo feminino, aumento da idade, diagnóstico médico de hipertensão e frequência a consultas médicas. Dos entrevistados, 74% dos usuários estavam utilizando psicofármacos há mais de três meses (OBID, 2007).

Outra pesquisa realizada por Netto, Freitas e Pereira (2012) em Ribeirão Preto, constatou-se que a maioria dos usuários identificados era do gênero feminino, contabilizando 72,5% no grupo que utilizou benzodiazepínico e de 79,5% no grupo que utilizou antidepressivo.

O consumo exacerbado de benzodiazepínicos e antidepressivos é inegável, mas percebam que o componente gênero tem extrema importância nesse universo, sendo as mulheres as maiores consumidoras desses medicamentos. Tanto a literatura nacional como internacional são unânimes em afirmar a posição de destaque das mulheres em relação ao consumo desses medicamentos, os quais estão entre as substâncias psicotrópicas mais consumidas de forma indiscriminada em todo o mundo. O consumo deles pode acarretar alterações no comportamento, como também levar à dependência psíquica e/ou física, resultando muitas vezes em complicações pessoais e sociais graves (CARVALHO & DIMENSTEIN, 2008).

Oliveira e Jorge (2008) relataram a banalização do consumo de tranquilizantes pela população de maneira geral. Várias pesquisas revelam que as mulheres possuem uma posição de destaque em relação ao consumo de tranquilizantes. Estudos também evidenciam que as mulheres na Europa, América do Norte e América Latina recebem prescrição de tranquilizantes duas vezes mais

que os homens. É comum essas mulheres continuarem usando estes medicamentos mesmo após o tempo estipulado pelo médico.

As pesquisas nos apontam o protagonismo da mulher frente ao consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos, e esses dados devem nos trazer a reflexão do papel, do significado, da importância e principalmente a motivação para o consumo por essas mulheres. De acordo com Helman (2009) um estudo realizado em Toronto em 1979 pode nos indicar um caminho. No referido estudo os tranquilizantes eram tomados como “um auxílio na manutenção do papel de atenção e cuidado”, o que nos remete ao papel realizado pelas mulheres em nossa sociedade. O autor ainda aponta o uso para atender as expectativas sociais, quer no trabalho, quer dentro da família.

Essa compreensão do arcabouço que permeia o consumo de psicotrópicos por essas mulheres, é mister para o processo de construção de mecanismos de enfrentamento para essa desmedicalização social. A mulher como sustentáculo da família, exercendo diversos papéis dentro da sociedade, abarcando e absorvendo os problemas, das mais diversas naturezas, do esposo, dos filhos e quiçá dos netos e acima de tudo trabalhando, coloca-se numa situação de fragilidade diante de algumas adversidades o que a torna uma forte candidata ao auxílio na manutenção do papel de atenção e cuidado como retratado por Helman (2009), para essa manutenção recorre-se ao medicamento.

Não podemos atribuir o consumo de medicamentos apenas aos problemas sociais, pois diversos fatores potencializam essa prática. A sociedade aceita o consumo de psicotrópicos como normal, ao passo que não são considerados como “drogas”. A indústria farmacêutica apresenta a cada ano, remédios milagrosos, prometendo a cura para todas as doenças; essa prática tem grande influência na automedicação que pode trazer sérios danos à saúde.

Algumas pesquisas já apontam para mudanças na característica do consumo. Grande parte das pesquisas assinalam os benzodiazepínicos como a medicação mais consumida entre os psicotrópicos, porém estudos recentes apontam o aumento no consumo de antidepressivos, chegando a ultrapassar o de benzodiazepínicos. Araújo *et al.* (2012) realizaram em estudo na cidade de Sobral-Ceará sobre a distribuição de benzodiazepínicos e antidepressivos na atenção primária e identificaram que os antidepressivos foram os mais distribuídos com 34,75% do total de psicotrópicos, enquanto os benzodiazepínicos tiveram 13,94% da

distribuição, assemelhando-se com um estudo realizado na atenção primária do Distrito Sudoeste de Campinas, em que os antidepressivos ultrapassaram os benzodiazepínicos em termos de quantidade total de comprimidos dispensados, número de usuários em uso e proporção da clientela das farmácias das unidades básicas.

Infelizmente essa mudança no cenário do consumo não ameniza o problema, apenas nos mostra que está havendo uma troca de benzodiazepínicos por antidepressivos, contudo sem nenhuma redução da quantidade de pessoas fazendo uso inadequado desses medicamentos. Dados dessa natureza alertam-nos para o agravamento da medicalização ao nível da atenção primária.

A realidade do uso de benzodiazepínicos e antidepressivos necessita de uma reflexão profunda sobre o processo de medicalização da vida. Com a expansão da atenção primária através da Estratégia Saúde da Família, vivenciamos uma maior acessibilidade da população aos serviços de saúde, e segundo Tesser (2010) abre-se uma grande possibilidade do acesso ao cuidado à saúde de cunho biomédico e profissionalizado, o que para ele interfere na medicalização social. Será que a maneira como a Estratégia Saúde da Família vem conduzindo o tratamento de pacientes com transtornos mentais comuns está acelerando o processo de medicalização?

Tavares (2012) traz em seu relato a realidade de muitos profissionais que atuam na ESF e que deve incitar-nos a uma reflexão sobre o tipo de assistência que estamos prestando a estas mulheres e principalmente indagar: Como profissional de saúde preocupamo-nos em saber quais motivos levam as mulheres ao início do uso desses medicamentos? Veja o relato de Tavares:

Percebi que as histórias de sofrimento se repetiam mesmo em áreas cujos problemas eram completamente diferentes. Se na zona rural, os problemas mais graves estavam relacionados à miséria, ao descaso governamental e ao isolamento geográfico, no centro do município, história de violência, medo, problemas familiares e afetivos, endividamentos, entre muitos outros se repetiam em meu consultório, causando queixas de sofrimento tão semelhantes àquelas que eu vinha ouvindo naquela localidade rural. Cada vez mais me questionava até onde iria meu dever de médico. Medicalizar o sofrimento não seria a solução ideal, mas em muitos casos era a única ferramenta da qual eu dispunha. (TAVARES, 2012, p.10).

Concordando com Lopes (2012), acreditamos que a presença constante das mulheres diariamente em um serviço de saúde pode representar uma forma de

enfrentar a situação vivenciada em casa. O serviço, nesse momento, seria um suporte social a essas mulheres. E como tal, deveria dispor de ferramentas que auxiliasse o cuidado integral dessas que necessitam.

1.3 Justificativa e relevância da pesquisa

Quando lemos o livro *Saúde Mental e Mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita*, observamos a realidade de uma Sobral que não possuía uma rede de atenção primária ainda estruturada, onde as mulheres adquiriam seu medicamento em uma farmácia centralizada e mesmo assim o número de pacientes com uso acima do padronizado era imenso. Passados 18 anos, o município ainda apresenta elevado consumo de psicotrópicos, com um destaque para o aumento do uso de antidepressivos. A realidade de Sobral em 2014, é totalmente inversa ao período da pesquisa de Oliveira (2000), pois atualmente o município dispõe de uma Rede de Atenção Primária composta 48 equipes de Saúde da Família, 06 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) distribuídos em 28 Centros de Saúde da Família (CSF) e ainda uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental que também tem como papel realizar o apoio à Estratégia Saúde da Família.

Entretanto, mesmo com o grande avanço do município no setor saúde, percebemos um aumento do consumo dos benzodiazepínicos se comparados ao ano de 1996, quando Oliveira (2000) realizou sua pesquisa. Em 1996, a população de Sobral era de 147.000 mil habitantes e o consumo de Diazepam foi de 21.495 comprimidos entre os meses de março a novembro do referido ano.

Fazendo um comparativo com o ano de 2012, quando a população do município, segundo IBGE (2010), era de 188.271 habitantes. O consumo de Diazepam relativo a nove meses foi de 154.773 comprimidos, de acordo com dados da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), o que nos aponta um crescimento significativo do consumo.

Considerando nesse cenário o acesso maior aos prescritores e a facilidade na aquisição dos medicamentos, ainda assim houve um aumento de grande magnitude no consumo, sendo esse último dado, considerando apenas os

medicamentos distribuídos na atenção primária em nível de sede, sendo excluídos dessa amostra os CSF dos distritos e outros dispositivos que fazem distribuição desses medicamentos como os CAPS. No último triênio (2010-2012), após um consulta aos dados da CAF, identifiquei que o município de Sobral distribuiu um total de 1.755.783 comprimidos de Amitriptilina e 841.905 comprimidos de Diazepam.

Um aumento de tamanha proporção no consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos indica a gravidade do consumo no município de Sobral, e a importância de conhecermos esses consumidores, que são em sua maioria mulheres, não somente em números, mas compreender a relação de cada uma com o medicamento para, então, propormos políticas de saúde mais eficazes.

Dentro de uma realidade mais que comprovada do aumento do consumo desses psicofármacos, consideramos os fatores desencadeantes do consumo, um fator importante a ser pesquisado, pois na leitura dos poucos trabalhos que trazem essa abordagem qualitativa é perceptível todo um arcabouço que envolve esse consumo, tendo esse medicamento muitas vezes, uma função vital na vida da mulher. Diante desse contexto surgiu como nossa questão de pesquisa: Quais os fatores que desencadeiam o consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos por mulheres?

O uso de substâncias psicotrópicas tem sido objeto de diversos estudos no Brasil, devido a crescente preocupação com os hábitos de consumo de drogas lícitas e ilícitas e seus impactos sociais, econômicos e, sobretudo, suas implicações na saúde da população. Além disso, medidas de prevenção são eficazes somente quando baseadas na realidade do consumo, sendo importante a realização de pesquisas nos diversos segmentos da sociedade (LUCAS et al., 2006).

Para um entendimento mais específico do problema, fizemos uma busca nos bancos de dados LILACS, BDNF e SciELO utilizando os seguintes descritores: “psicofármacos e mulheres”, “psicofármacos e atenção primária”, “antidepressivos e mulheres” e “ benzodiazepínicos e mulheres”. Encontramos a totalidade de 11 artigos nos últimos 10 anos.

Dos 11 (onze) artigos, no que diz respeito a abordagem 03 (três) têm abordagem qualitativa e 08 (oito) têm abordagem quantitativa; sobre os sujeitos da pesquisa 06 (seis) são estudos apenas com mulheres, destes 03 (três) com mulheres idosas; 05 (cinco) artigos estudam o consumo de psicotrópicos em homens e mulheres.

Dos 06 (seis) artigos que abordam o consumo de psicotrópicos por mulheres somente 02 (dois) estudos têm como enfoque o consumo na Atenção Primária: *Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres na Atenção Primária* (NORDON, et al. 2009) e *Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional* (ROCHA & WERLANG, 2013) ambos estudos quantitativos.

Esses dados demonstram que no Brasil, ainda existem poucos estudos investigando a prevalência de uso de psicofármacos, bem como o padrão de uso dos mesmos na população e na APS. Percebemos assim uma lacuna no conhecimento pela escassez de produções científicas que abordem o consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos por mulheres na Atenção Primária.

A maioria das pesquisas envolvendo essa temática está no campo das pesquisas quantitativas, o que também consideramos de suma importância. Contudo, apenas dados quantitativos não retratam a realidade do consumo dos psicotrópicos. Para melhor aprofundamento é necessário um conhecimento detalhado do universo no qual esse medicamento é consumido, levando em conta vários fatores que estão contribuindo para o aumento exponencial do consumo de psicotrópicos, principalmente antidepressivos e benzodiazepínicos, sendo esta busca alcançada com as pesquisas qualitativas. Diante disso, optamos por realizar uma pesquisa utilizando a pesquisa de métodos mistos para contemplar aspectos qualitativos e quantitativos por considerá-los complementares para a compreensão da temática em estudo.

Um fator relevante é o número de pesquisas com idosos, o que demonstra a relevância do consumo de psicotrópicos nessa faixa etária da população. Isso se confirmou em nossa pesquisa.

Nos 11 artigos analisados era predominante o consumo de psicotrópicos por mulheres, o que se confirma também em outras pesquisas. Em sua pesquisa realizada na cidade de Caucaia, segunda maior população do Estado do Ceará, Forte (2007) identificou que as mulheres correspondem a 63% das consumidoras de psicotrópicos, sendo nesse estudo os mais consumidos respectivamente, Diazepam 5mg, Carbamazepina 200mg e Amitriptilina 25mg.

Como podemos constatar, estudos sobre o tema são escassos, o que dificulta uma revisão de literatura extensa. No entanto, diante dessa dificuldade,

consideramos nosso trabalho relevante, analisando a riqueza de significados que poderemos encontrar no decorrer de nossa pesquisa.

Estudar essa temática em um cenário como Sobral, a nosso ver, é de grande relevância devido a visibilidade que a Rede de Atenção à Saúde Mental do município tem a nível nacional, sendo uma rede bastante premiada e com experiências exitosas.

Para atingirmos a redução e mesmo a racionalização do consumo de psicotrópicos para fins que não sejam o tratamento de doenças, é necessário conhecermos com profundidade a realidade dessas mulheres usuárias e a importância dessa prática para suas vidas. Acreditamos que gerar esse conhecimento poderá ajudar na construção de políticas de saúde mais eficazes e principalmente na desmedicalização dos problemas sociais, econômicos, familiares, como bem retratou Tavares (2012), que muitas vezes são “milagrosamente” solucionadas com uma dose diária de “ilusão”.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar quais as características do consumo de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos por mulheres na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral-Ceará.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil socioeconômico das mulheres usuárias de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos na Estratégia Saúde da Família no município de Sobral-CE.
- Caracterizar o consumo de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos por mulheres na Estratégia Saúde da Família.
- Identificar os fatores associados ao início do consumo de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos por mulheres na Estratégia Saúde da Família.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A inserção das mulheres na sociedade brasileira e as Políticas Públicas

Ao iniciar esse capítulo, reportar-nos-emos a princípio, aos aspectos que permearam a inserção social da mulher e as repercussões sobre a assistência a saúde a partir desse novo contexto.

Há poucas décadas as mulheres eram criadas para serem boas donas de casa, mães e esposas, e as que tinham alguma escolaridade tornavam-se professoras. Através dos movimentos feministas as mulheres puderam ampliar sua escolaridade, conquistaram importantes colocações no mercado de trabalho, ganharam maior autonomia sobre o exercício de sua sexualidade e reprodução e passaram a estar em evidência em cargos políticos importantes.

Após um longo período de opressão e discriminação, a passagem do século XIX para o XX foi marcada pelo recrudescimento do movimento feminista, que ganhou voz e representatividade política mais tarde em todo o mundo na luta pelos direitos das mulheres, dentre eles o direito ao voto. Essa luta pela cidadania não foi fácil e arrastou-se por anos. Prova disso está no fato de que a participação do voto feminino é um fenômeno também recente para a história do Brasil. Embora a proclamação da República tenha ocorrido em 1889, foi apenas em 1932 que as mulheres brasileiras puderam votar efetivamente (RIBEIRO, 2011).

No início do século XX e até meados da década de 70, a mulher era assistida de forma restrita, reducionista e fragmentada, com ações voltadas ao ciclo gravídico-puerperal. As ações eram verticalizadas e centralizadoras, o que distanciava as medidas adotadas das reais necessidades dessa população-alvo (COELHO, 2003).

Nesse sentido, o movimento feminista iniciou uma série de reivindicações com o objetivo de incorporar às políticas de saúde da mulher outras questões como gênero, trabalho, desigualdade, sexualidade, contracepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Escrever a história das mulheres, não é uma tarefa fácil. Invisíveis durante séculos, somente no ano de 1980 o tema finalmente emergiu como um campo definido de pesquisa para os historiadores. Como a escrita era feita fundamentalmente por homens, a narrativa histórica se absteve de incorporar as

suas preocupações o sujeito feminino. Este silêncio não foi uma prerrogativa da historiografia brasileira ou latino-americana, mas atitude constante inclusive em países como Estados Unidos e França, onde a busca pelos direitos da mulher e o reconhecimento da condição feminina se deu mais cedo do que entre nós. Desde então, um número significativo de publicações vem revelando o fortalecimento expressivo desse interesse, como atesta o crescimento de livros, artigos em revistas especializadas, teses, dissertações e simpósios temáticos versando sobre o tema (SILVA, 2009).

Mas, diante de anos de submissão e vivendo à sombra dos homens, como podemos definir a mulher brasileira do século XXI, após tantas mudanças nos âmbitos social, econômico e político?

Quem é a mulher brasileira? Como defini-la? Eis uma pergunta que não pode ser feita no singular. As mulheres do Brasil são um reflexo da própria diversidade do país. São morenas, loiras, ruivas, negras, índias, amarelas, mestiças. São donas de casa, empregadas domésticas, costureiras, cozinheiras, professoras, executivas, enfermeiras, cientistas, artistas, advogadas, engenheiras, ministras, presidentas (VENTURI; GODINHO, 2013).

O século XX marcou o raiar de uma nova era para as mulheres. A invenção da pílula anticoncepcional liberta a mulher que, assumindo o controle de seu corpo e o planejamento de sua prole, lança-se no mercado de trabalho, buscando a igualdade entre os sexos. Diversos movimentos feministas surgiram, os primeiros em claro conflito com o universo masculino, na busca de espaços.

Com o passar do tempo, a mulher cresceu profissional e economicamente, atingindo grau de independência nunca antes alcançado. As modificações tecnológicas e científicas, junto com as crises econômicas e as guerras, obrigaram-na a sair de casa e buscar um trabalho para ajudar no orçamento doméstico. A mulher moderna mostrou-se competitiva e competente nas artes, ciências, educação e economia (TISCOSKI, 2006).

Mesmo com as conquistas femininas, quando a Fundação Perseu Abramo (FPA) realizou sua primeira pesquisa sobre as mulheres brasileiras em 2001, os dados revelados tornaram-se mensuráveis àquilo que a porção feminina da sociedade pensava e sentia na pele cotidianamente. Na ocasião, traduziu-se em dados e números o fato de que, não obstante a melhoria da vida e da condição da mulher no país, fruto de décadas de luta, a equidade de gênero, direito inalienável

garantido na Constituição Federal, ainda enfrentaria sérios obstáculos (ILÍADA, 2013).

O fortalecimento da mulher no Brasil nas últimas décadas teve seu grande reflexo no campo político, ao eleger em 2010 a primeira mulher Presidente da República, Dilma Rousseff, que nomeou nove ministras e priorizou o empoderamento econômico das mulheres (FREITAS *et al.*, 2009).

Ainda que se considere o século passado como um período de avanços, sobretudo na esfera pública, com a conquista do direito ao voto à rua, em sentido literal, há um longo percurso a cobrir até que a mulher viva em condições de igualdade com o homem e que suas reivindicações estejam plenamente satisfeitas. Tal tarefa exigirá abordar questões relativas à história e a construção da identidade feminina no século XXI, dividida entre o estereótipo da mulher moderna e o enfrentamento de situações de violência sexual, exclusão social e cultural, privação de liberdade, impossibilidade de acesso à educação e a saúde (ABI-ADIB; MIRANDA, 2013).

Nesse contexto emerge um novo conceito de saúde da mulher, rompendo com o modelo assistencial vigente centrado apenas na reprodução, assim a saúde sexual e reprodutiva passa a ser um direito. Esse engajamento das mulheres na luta pelos seus direitos e por melhores condições de vida impulsionou a adoção das primeiras medidas oficiais do Ministério da Saúde voltadas para a assistência integral à saúde da mulher. Apesar das limitações impostas pelo governo militar da época, o movimento feminista se reorganizou incitando debates que denunciavam a precariedade da saúde da mulher brasileira (FORMIGA FILHO, 1999).

No Brasil é inegável o avanço das mulheres nas últimas décadas, que pode ser considerada, de acordo com mais diversos indicadores, como a década das mulheres (COSTA, 2013).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada nesse período, às demandas relativas à gravidez e parto (BRASIL, 2010).

Historicamente as mulheres são as maiores frequentadoras do Sistema Único de Saúde (SUS), seja para o seu próprio atendimento, mas sobretudo para acompanhar familiares, principalmente crianças, idosos, pessoas com deficiência, por serem as cuidadoras desses familiares.

As mulheres correspondem atualmente a 51% da população brasileira de acordo com o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A população brasileira é de 190.755.799 habitantes, sendo 93.406.990 homens, e 97.348.809 mulheres.

O papel de cuidadora da mulher, entretanto, não se restringe ao âmbito familiar. É uma responsabilidade socialmente esperada e respaldada pela concepção de que as mulheres são consideradas boas quando atendem às necessidades de outrem (PEDREIRA, 2008).

Corroboramos com os autores Gutierrez e Minayo (2009) quando estes colocam que a participação da mulher nos cuidados da saúde tem grande importância enquanto interlocutora dos serviços de saúde e articuladora das ações. No campo da saúde as mudanças vêm sendo gradativas e são reflexo também das mudanças sociais e culturais.

Rompendo com o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde, hoje a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM) adota o conceito de saúde integral, propondo atender a mulher em todas as suas etapas de vida, englobando inclusive segmentos que até então, à margem dos serviços de saúde. Todavia, percebe-se, ainda, certa valorização da doença em parte das ações propostas. Na prática, a integralidade da assistência não é efetivamente contemplada, tendo em vista que o sistema de saúde apresenta dificuldades em assistir a mulher nas áreas específicas de climatério, infertilidade, saúde mental e saúde ocupacional (FREITAS *et al.*, 2009).

A PNAISM foi anunciada como uma abordagem diferenciada de saúde da mulher, ao passo que rompia com a visão tradicional que centrava o atendimento às mulheres apenas nas questões reprodutivas. A partir dela foi introduzido nas políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres, o direito a contracepção, a partir do entendimento da mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde, considerando todas as etapas de vida.

É inegável os avanços decorrentes da implementação da PNAISM, contudo se faz importante questionar a real implementação desses princípios nos municípios e estados brasileiros, compreendendo a diversidade cultural, social e econômica de nosso país.

Concordamos com Freitas *et al.* (2009) quando esta relata que a valorização da mulher, enquanto ser humano e cidadã é algo destacável, e, devido a

isto, recebeu um investimento diferenciado em relação às ações de saúde. Não desmerecendo os avanços obtidos, ainda estamos longe de desfrutar de forma plena dos conceitos e pressupostos da promoção da saúde da mulher, que estão contemplados, teoricamente, nos princípios e diretrizes da PNAISM.

Inovando mais uma vez, foi criada em 2003, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) com status de Ministério, inaugurando um novo momento da história do Brasil no que se refere à formulação, coordenação e articulação de políticas que promovam a igualdade entre mulheres e homens. Com a criação da SPM, o Governo Federal iniciou um processo de gestão pública em que a condição feminina ganha nova representação política e social no âmbito institucional, sendo reconhecida sua importância e especificidades para o desenvolvimento de políticas públicas (BRASIL, 2011).

Como parte sequencial desse processo, o ano de 2004 foi oficialmente instituído pelo Governo Federal como O Ano da Mulher, significando que naquele ano o Brasil direcionaria sua atenção à mulher, assumindo o compromisso de priorizar na sua agenda de políticas públicas o atendimento às demandas das mulheres em todos os setores. Nessa direção, a realização da Primeira Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, realizada em Brasília (DF), em julho de 2004 e, tendo passado por etapas municipais, regionais e estaduais, contribuiu para trazer para o debate as questões e reivindicações das mulheres no sistema de garantia de direitos (BRASIL, 2013a).

Em julho de 2004, o Governo Federal realizou a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM). A Conferência foi um marco na afirmação dos direitos da mulher e mobilizou, por todo Brasil, cerca de 120 mil mulheres que participaram diretamente dos debates e apresentaram as propostas para a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

Em 2007, foi realizada a II Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (II CNPM) com a participação de 200 mil mulheres, o que representa um aumento de mais de 60% de mulheres, se comparado com a primeira. A III Conferência aconteceu no final de 2011, também com a participação de 200 mil mulheres, tendo como resultado o Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM) para o triênio 2013-2015 com a inserção de diversas temáticas de gênero em diversas frentes de governo.

O PNPM completou em 2014, uma década de existência e continua sendo um marco no processo de consolidação e amadurecimento das políticas públicas para mulheres. A PNPM é fruto de um diálogo permanente entre governo e sociedade civil, esse instrumento reforça o princípio de que em um Estado plenamente democrático a condição da participação social, sobretudo das mulheres, é constituída de todas as fases do ciclo de políticas públicas (BRASIL, 2013a).

Além dos avanços no campo da saúde, o Brasil avançou também nos aspectos sociais, principalmente no que diz respeito a legislação voltada para o enfrentamento da violência contra mulher. Um divisor de águas foi a aprovação da Lei 11.340/2006, conhecida como a Lei Maria da Penha, que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, estabelecendo medidas de prevenção, assistência e proteção às mulheres em situação de violência.

Destacamos que a complexidade do fenômeno da violência doméstica contra as mulheres não deve ser compreendida de maneira desarticulada do lugar ou do contexto que ocupa em uma rede mais ampla de violência estrutural, cuja inserção de fatores determinantes de dinâmicas sociais, tais como condições de classe social, etnia, geracionais e outras representações sociais femininas e masculinas hegemônicas (BANDEIRA, 2013).

Com muitas inovações, a Lei Maria da Penha (11.340/06) instituiu a criação de diversos serviços, visando o atendimento especializado à mulher vítima de violência doméstica e familiar.

É de grande relevância salientar que Maria da Penha, que hoje dá nome a essa lei, protagonizou um caso simbólico de violência doméstica e familiar contra a mulher. Em 1983, por duas vezes, seu marido tentou assassiná-la. Na primeira vez por arma de fogo, na segunda, por eletrocussão e afogamento. As tentativas de homicídio resultaram em lesões irreversíveis à sua saúde, como paraplegia e outras sequelas. Maria da Penha transformou dor em luta, tragédia em solidariedade e representa um universo de mulheres, e em especial a mulher nordestina e cearense.

Os movimentos sociais, especialmente de mulheres, tiveram um papel decisivo na construção dessa agenda de reforma, reivindicando tanto a democratização das decisões e resultados como o acesso aos serviços públicos e a melhoria das condições de vida. Especificamente no que se refere aos movimentos de mulheres, ao mesmo tempo em que denunciavam desigualdades de classe, passaram a discutir temas relativos à condição da mulher, tais como sexualidade,

contracepção, violência, aborto, entre outros. A partir disso, houve uma convergência com o movimento feminista, o qual, diferentemente dos movimentos com participação de mulheres, elegia como foco a superação das desigualdades presentes nas relações entre homens e mulheres, incluindo na agenda pública a questão de gênero (GODINHO; SILVEIRA, 2004).

3.2 Mulheres nordestinas – uma história de violência e adoecimento

De acordo com Almeida (2013) analisar e entender a atuação da mulher nordestina, e, sobretudo a sertaneja no espaço da família e da sociedade, e a consequente produção do discurso que dualiza a sua imagem no espaço que corresponde ao sertão nordestino é a finalidade da discussão aqui proposta. Apresento uma reflexão sobre os estereótipos, as falas e conteúdos veiculados nas narrativas acerca da mulher sertaneja; presentes especialmente nos meios de comunicação social, na literatura, nas letras de música, filmes ou até mesmo na visão do senso comum que outras regiões geográficas do país como sul e sudeste tem sobre a mulher do sertão. A sertaneja parece ser cada vez mais uma mulher “diferente”, fora dos padrões considerados normais, impostos por uma elite branca de algumas regiões do país que se arrogam ao direito de se achar superior. Constrói-se uma identidade fixa para essas mulheres, como se fossem todas iguais, com os mesmos costumes, com a mesma maneira de se vestir, com a mesma aparência física, carregando sempre o estigma de uma vida dura, sem nenhuma perspectiva digna de sobrevivência.

Em 2005, foi enviada uma Carta das Mulheres Cearenses ao Governo do Estado do Ceará com propostas de políticas públicas voltadas para a erradicação da violência contra mulher, partindo do pressuposto de que era necessária e urgente a tomada de medidas amplas e integradas para por um fim a situação de sofrimento e insegurança a que estavam submetidas às mulheres em nosso Estado.

Compreendemos que a violência contra mulher é um problema de saúde e não de polícia, devendo o sistema de saúde ser adaptado para atender as mulheres, crianças e jovens que sofram qualquer tipo de violência: psicológica, emocional, sexual e física. Dentre as muitas violências sofridas pelas mulheres cearenses, a mais visível é a violência doméstica, e alguns esforços têm sido realizados para o combate a essa violência tão presente em nosso dia a dia.

Em 2013, o Ministério Público do Estado do Ceará, através do procurador-geral de Justiça Ricardo Machado, assinou o termo de adesão ao programa Mulher Viver sem Violência do Governo Federal. Através desse programa, serviços públicos de segurança, justiça, saúde, assistência social, acolhimento, abrigamento e orientação para trabalho, emprego e renda passarão a ser integrados, sob a coordenação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM).

Mesmo com a criação da Lei Maria da Penha, os casos de violência doméstica nos chocam. Diariamente lemos, assistimos ou ouvimos notícias de agressões, brigas e mortes de mulheres vítimas de seus companheiros. Contudo, dentro dessa rede de proteção, precisamos de profissionais capacitados e sensibilizados para o atendimento dessas mulheres.

A capacitação profissional se faz necessária não apenas para mulheres vítimas de violência, mas para a mulher que muitas vezes é vista como um corpo, com finalidade exclusiva para reprodução, visto que as políticas públicas voltadas para as mulheres ainda são quase que exclusivas para o ciclo gravídico-puerperal. Uma releitura dessa nova mulher faz-se urgente. Todos nós devemos ser vistos de forma integral, dentro de um contexto social, econômico, político e social que influencia diretamente nossa vida e nossa saúde.

A mulher nordestina repleta de preconceitos vindos de si mesma e também dos outros, muitas vezes busca refúgio para suas dores e amarguras nos psicotrópicos, dores essas sociais, conjugais, econômicas, familiares, e essa mulher muitas vezes é medicada e tratada para um problema social ou familiar que não se cura com medicamentos. Essa reflexão deve ser levada aos profissionais de saúde para repensar o cuidado que está sendo dispensado a essas pacientes.

3.3 A mulher sobralense e as políticas públicas - De que dispomos?

O ponto central dessa contextualização é entender as práticas de saúde desenvolvidas em Sobral nos últimos anos, levando em consideração o contexto histórico e social e compreendendo de que maneira estes influenciam na atenção à saúde. No nosso entendimento não se pode pensar em saúde de uma determinada população sem buscar no processo histórico, pelo qual vem sendo construídas respostas e justificativas para as práticas atuais. Nesse tópico vamos mostrar um

pouco da história de Sobral e trazer um pouco de como o município tem assistido as suas mulheres.

A cidade de Sobral foi fundada por famílias que fugiam da guerra contra os holandeses no século XVII e ao redor da Fazenda Caiçara, surgida em 1726, fundada por Antônio Rodrigues Magalhães. Uma fazenda que convergia com as rotas das boiadas na época da carne de charque. Nas terras da Fazenda Caiçara, em 1756, foi edificada a Matriz da Caiçara e ao redor desta aglutinou-se um povoado. Depois foi construída a Igreja do Rosário e do Bom Parto, e ao redor destas surgiram moradias. Destas iniciativas surgiu a povoação chamada Caiçara, até quando esta foi elevada à categoria e vila em 1773 com a denominação de Vila Distinta e Real de Sobral e recebeu foros de cidade em 1841 (SOBRAL, 2009).

Hoje Sobral é conhecida como a “Princesa do Norte”, está tombada pelo Patrimônio Histórico e Artístico Nacional devido a sua arquitetura e seu patrimônio histórico e cultural. Dentro de sua história Sobral sempre teve grande influência da Igreja Católica, e esta, por muitos anos foi conduzindo a maneira de pensar, de agir, de se comportar dos cidadãos sobralenses. A presença da Igreja Católica foi marcante, e a exemplo disso temos Dom José Tupinambá da Frota como ícone. Em 22 de Julho de 1916, tomou posse como 1º Bispo da Diocese de Sobral, onde esteve a frente por 43 anos. Durante seu profícuo bispado dotou a cidade de Sobral de extraordinários melhoramentos de ordem material, social e cultural. Durante os 51 anos de vida religiosa, das quais 8 anos como vigário e 43 anos como Bispo teve grande influência religiosa, política e social (GIRÃO; SOARES, 1997).

Trazendo esse contexto para o universo feminino identificamos por meio da publicidade e dos discursos proferidos pela igreja, o comportamento feminino era controlado e coordenado pelo “poder ordenador da cidade”. É importante salientar que a igreja, tinha na personalidade do seu primeiro Bispo, Dom José, o principal defensor da modernidade e do desenvolvimento da cidade. No entanto, no que se relacionava ao comportamento feminino, o mesmo era retrógrado e incentivava a continuidade da submissão feminina. A Igreja católica, na primeira metade do século passado, funcionava como instituição ordenadora da vida social e das famílias. Em Sobral essa atuação era ainda mais forte por ser ela a mantenedora de ações assistencialistas, das festas religiosas, que com suas procissões apresentavam-se como verdadeiros espetáculos, assim como as inúmeras igrejas da cidade que se transformavam em núcleos centrais de praças, em torno das quais a população

construía suas residências. A Igreja influenciava a constituição da sociedade e de seus valores, assumindo a responsabilidade na “construção” da cidade (FERREIRA, 2003).

Vejamos o relato a seguir extraído de um estudo de Aline Monteiro em 2009, denominado “Corpos Educados: as trajetórias das mulheres professoras em Sobral – Ceará”. Este relato é um retrato fidedigno de como as mulheres eram criadas para o casamento, para serem boas donas de casa, mães e mulheres zelosas de seus lares.

A educação feminina não era voltada para a profissionalização e sim para as prendas domésticas, ou melhor, preparação para o matrimônio, tínhamos que saber as regras de etiqueta ou civilidade, estudávamos francês [...] estudávamos em escolas domésticas onde se aprendiam a bordar, costurar, culinária, tocar instrumentos musicais. Os homens deveriam seguir carreira no judiciário ou na medicina, as mulheres se optassem por um estudo profissional deveriam optar pelo magistério. Elas tinham um saber literário, sabiam poemas, eram educadas para ser companheiras, lê-se esposas. Era uma preparação para ser uma excelente dona de casa. (Glória 2).

Até meados da década de 1990, Sobral apresentava indicadores sociais alarmantes. Em 1991, a mortalidade infantil era de 67 para cada 1000 nascidos vivos, em comparação a uma taxa de 47 para cada 1000 nascidos vivos no Brasil; a taxa de analfabetismo chegava a 43,7%, praticamente o dobro do Brasil (20%); e a expectativa de vida era de 60,6 anos – seis anos a menos do que a expectativa de vida no Brasil (SOBRAL, 2009).

Em 1997, uma aliança entre três partidos políticos (PT – Partido dos Trabalhadores, PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira e PPS – Partido Popular Socialista), denominada “Sobral tem Jeito”, buscou modificar este cenário, articulando uma proposta para a reversão dos baixos indicadores sociais. Foi considerado prioritário o investimento em ações e políticas públicas de caráter universal, como a educação, a saúde e o saneamento básico (SEMINELI, 2008).

A construção do Sistema Municipal de Saúde de Sobral, enquanto um conjunto de serviços coordenados por gestão local, com área geográfica definida e metas para melhoria da situação de saúde da população claramente estabelecidas, iniciou-se em 1997. O primeiro passo foi a realização de um diagnóstico de saúde do município com base em dados secundários, logo em seguida, a realização de um Seminário de Planejamento Estratégico Participativo, organizado pela Secretaria

Municipal de Desenvolvimento Social e Saúde do Município (SDSS). Até então, o modelo de atenção à saúde do município concentrava-se em serviços hospitalares, na demanda espontânea e em ações curativas centradas no profissional médico. Este modelo de atenção refletia negativamente na qualidade de vida da população, que apresentava elevadas taxas de desnutrição e mortalidade infantil, baixa cobertura vacinal e de assistência pré-natal, enfim, ausência de acesso da grande maioria da população as ações de Atenção Primária à Saúde (ANDRADE, *et al.*, 2004).

Desde 1997, a Secretaria de Saúde de Sobral vem construindo seus Planos Municipais baseados nos indicadores de saúde, tomando-os como principais instrumentos de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde de Sistema Municipal. Estes indicadores também se constituem uma importante ferramenta para controle social do Sistema Único de Saúde, na medida em que possibilita à população o acompanhamento e a avaliação das atividades dos serviços de saúde. A Secretaria da Saúde com vistas a garantir a organização e o modelo de gestão orientado para a atenção integral à saúde aderiu ao Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde (SOBRAL, 2009).

No ano de 2009, de acordo com dados da estimativa populacional do IBGE, a população de Sobral encontra-se com 182.430 habitantes, um incremento de 17,58% em relação ao contingente populacional do ano de 2000. A estrutura etária da população sobralense vem se modificando ao longo das décadas. Comparando-se a estrutura etária da população no ano de 2000 com o ano de 2009, observa-se que em 2009 há um menor número de habitantes menor de 20 anos, reflexo da redução das taxas de natalidade e mortalidade infantil. Observa-se ainda um incremento de 19,4% da população acima de 60 anos no ano de 2009 em relação a 2000, decorrente do aumento da expectativa de vida (SOBRAL, 2009).

Em sua estrutura atual o Sistema Municipal de Saúde de Sobral dispõe de uma capacidade instalada para a realização de serviços da atenção básica, média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, contudo para a assistência à saúde da mulher os serviços estão voltados prioritariamente para o ciclo gravídico puerperal. Fazendo um recorte temporal de 1997 até 2013, percebemos que não existem tantas diferenças na assistência à saúde da mulher.

Em 1997, a Rede de Assistência de Sobral era composta dos seguintes equipamentos de saúde: Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Hospital Dr.

Estevam, Unidade Mista, Hospital da Unimed, 04 policlínicas particulares 22 Unidades Básicas de Saúde, 01 Centro de Especialidades Médicas.

Compondo a Rede de Assistência à Saúde atualmente temos: a Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Hospital Regional Norte, Hospital Dr. Estevam, Policlínica, Centro de Especialidades Médicas, Hospital da Unimed I e II, Unidade Mista, 48 Equipes da Estratégia Saúde da Família, Centro de Reabilitação, Centro de Especialidades Odontológicas Regional e Municipal, 06 Equipes do Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF), Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (CAPS II, CAPS ad, Residência Terapêutica, Enfermaria Psiquiátrica).

É notória a melhoria da Rede de Assistência em Saúde de Sobral. Houve aumento no número de Equipes do Programa de Saúde da Família, inserção do NASF, criação de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, que tem como um de seus objetivos prestar suporte as equipes de PSF através do apoio matricial. Todavia, as mulheres que estão dentro dessa rede não conseguem receber uma assistência integral e um acompanhamento adequado quando se trata de consumo de psicotrópicos.

Atualmente, as mulheres que fazem o uso de medicamentos como benzodiazepínicos e antidepressivos fazem suas consultas nas Unidades Básicas de Saúde, com o médico de saúde da família, e a partir da primeira prescrição acaba havendo uma sucessão de renovação de receitas, sem avaliação do real motivo do consumo, ou mesmo da real necessidade de continuidade dessa medicação. Nossa pesquisa traz dados alarmantes dessa situação quando identificamos mulheres com uso de benzodiazepínicos e antidepressivos a mais de 05 anos, chegando até 36 anos de consumo, fazendo apenas a renovação das receitas.

Trazendo essa realidade de medicalização social para a visão do conceito de processo saúde-doença, visto este como uma síntese da totalidade dos determinantes que afetam diretamente a vida social e não pode estar dissociada de aspectos econômicos, políticos, sociais, amorosos, vislumbrando uma atenção integral, percebemos que de fato um processo iatrogênico, onde o manejo terapêutico não consegue dirimir os problemas da clientela feminina.

É preciso sempre contextualizar a real motivação para o consumo desses medicamentos, por isso no próximo tópico vamos demonstrar de forma breve a situação do consumo de psicotrópicos na atualidade para compreendermos dentro

do contexto feminino como é desencadeado o consumo de antidepressivos e benzodiazepínicos. Veremos que não estamos falando de um tema novo, contudo bastante atual, pois continua em pauta em muitas discussões que se reportam a medicalização social.

3.4 O uso de psicofármacos na Contemporaneidade

Iniciaremos esse tópico trazendo um pouco da história dos psicofármacos para então começarmos a compreender como o consumo desses medicamentos tem crescido exponencialmente nas últimas décadas, especialmente os benzodiazepínicos e os antidepressivos que são o foco de nosso estudo.

Os psicofármacos, também chamados de psicotrópicos (psique = mente, topos = alteração) modificam de forma seletiva o Sistema Nervoso Central (SNC) e são classificadas em: antipsicóticos (neurolépticos), ansiolíticos e sedativos, antidepressivos e estimulantes psicomotores. Dentro deste grupo, três apresentam grande relevância em nível de controle de vendas em estabelecimento farmacêutico: os antidepressivos, os ansiolíticos (benzodiazepínicos - BZD), e os estimulantes psicomotores (ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004).

De acordo com Rodrigues, Fachinni e Lima (2006) a utilização de psicotrópicos tem crescido nas últimas décadas em vários países ocidentais e, até mesmo, em alguns países orientais. Esse crescimento tem sido atribuído ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, à introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes.

Os autores Parecy e Oliveira (2010) atribuem o aumento do consumo de psicofármacos à busca por soluções imediatas de problemas que interferem no cotidiano das pessoas, tornando o tratamento medicamentoso como a aparente alternativa mais “eficaz” na resolução.

Entre os medicamentos mais consumidos em todo mundo temos os benzodiazepínicos. Alguns estudos apontam que 1 a 3% da população ocidental já tenha consumido esse classe de medicamento por mais de um ano (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000). Segundo Andrade, Andrade e Santos (2004), no Brasil a cada dez adultos, um recebe prescrição de benzodiazepínicos por um clínico geral. Esse dado vem confirmar o elevado consumo desse medicamento no país.

A introdução dos BZD no mercado ocorreu no início da década de sessenta, e coincidiu com o aumento das drogas psicoativas como um todo (SOARES *et al.*, 1991). Essa nova classe substituiu praticamente todas as drogas utilizadas no tratamento da ansiedade que provocavam graves efeitos colaterais. Mostrando-se superior aos ansiolíticos já existentes, e com uma margem de segurança para seu uso por possuir menor potencialidade de provocar acidentes fatais e ainda com menor tendência para produzir tolerância farmacológica, criou-se certa irresponsabilidade generalizada no uso dos BZD, tanto por parte dos médicos, quanto dos pacientes e laboratórios, a partir da década de setenta.

O potencial gerador de dependência desses medicamentos está bem documentado. Sintomas de abstinência podem ocorrer mesmo com o uso de doses “terapêuticas”, quando utilizados diariamente por mais de duas a três semanas. Os sintomas incluem cefaleia, ansiedade, insônia, tremor, fadiga, alterações da percepção e diminuição da habilidade de concentração. O efeito da dependência deve ser cuidadosamente prevenido pelo médico, através do uso de dosagens mínimas, por períodos de tratamento curtos, evitando prescrever esse tipo de medicamento a pacientes com história ou propensos à drogadição (HUF, LOPES E ROZENFELD, 2000; HETEN, 1994).

Oliveira (2000) discute esse problema de forma profunda ao dissertar sobre o consumo do Diazepam por mulheres acompanhadas pelo sistema público de saúde do município de Sobral/CE. A incidência de uso desse medicamento por mulheres é preocupante, como mostra o levantamento preliminar feito no início do referido estudo na cidade de Fortaleza/CE junto a uma farmácia do sistema público de saúde: 72% dos consumidores do medicamento era constituído por mulheres. Tais dados foram comprovados em Sobral/CE, onde 75% dos consumidores da única farmácia da rede pública de saúde eram do sexo feminino. Tais dados merecem uma reflexão a respeito do que está permeando esse tipo de prática na vida das mulheres.

No que se refere às indicações na prática médica, há uma concordância geral de que os BZD devem ser usados no tratamento da ansiedade em curto prazo, não devendo exceder de dois a quatro meses, exceto em casos muito especiais. No entanto, o que se vê na prática é a continuidade de um uso que vai além de uma finalidade específica, e por um tempo indeterminado, em que o medicamento passa a ocupar um lugar fundamental e imprescindível na vida de muitos indivíduos. Isso

ocorre porque o medicamento, ao eliminar os sintomas da ansiedade, passa a ser visto como a maneira mais fácil e rápida de enfrentar os problemas do cotidiano (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2008).

Outra classe de medicamentos que merece nossa atenção são os antidepressivos, pois nos últimos anos o aumento do consumo tem se tornado preocupante. Essa realidade foi demonstrada no estudo comparativo por grupos de psicofármacos consumidos em 1994 e em 2003 realizado por Rodrigues, Fachinni e Lima (2006) na cidade de Pelotas-RS quando mostra que os benzodiazepínicos representaram mais da metade dos psicofármacos consumidos. Em 2003, houve redução da proporção de consumo de antipsicóticos e anorexígenos, em comparação com o estudo de 1994. No entanto, houve significativo aumento do consumo de antidepressivos em 2003 em relação a 1994, passando de 8,4% em 1994 para 31,6% em 2003.

Os antidepressivos foram em 2008, a oitava classe terapêutica a nível mundial, com vendas superiores a 16 mil milhões de euros, valor que se tem mantido relativamente estável desde 2004. Esta classe de medicamentos representa, aproximadamente, 3% do mercado farmacêutico mundial. A nível europeu, entre 2000 e 2005, verificou-se um aumento significativo do consumo de antidepressivos, o que também identificamos em estudos no Brasil (COUTINHO; VIEIRA; TEIXEIRA, 2011).

Nos estudos de Rodrigues, Fachinni e Lima (2006) o consumo de psicotrópicos aumentou conforme a idade, apresentando forte tendência linear tanto no estudo de 1994 como no de 2003. Em 2003 houve uma redução do consumo entre os mais jovens, que foi significativa nas faixas etárias de 15 a 24 e de 35 a 44 anos, em relação a 1994. Como a categoria de 15 a 24 anos era de referência, as razões de prevalência aumentaram em 2003 em relação a 1994. Entretanto, em ambos os estudos os níveis de consumo foram semelhantes para as faixas etárias a partir de 45 anos.

O aumento exacerbado do consumo de psicotrópicos, bem como de outros medicamentos é considerado por muitos autores como um problema de saúde pública. Dentro desse contexto surgiu o termo medicalização social que é hoje amplamente discutido e que discutiremos nos parágrafos a seguir.

Boltanski (2004), ao realizar uma análise profunda dos hábitos de vida relacionados à saúde de trabalhadores provenientes de níveis hierárquicos distintos,

dispõe-nos de relevantes observações sobre a conduta dos operários frente a doença e como esta configura-se de acordo com o tipo de uso do corpo, ou de trabalho. De modo, que as classes populares têm com o corpo uma relação instrumental, veem na doença um entrave a realização das atividades comuns de trabalho. Percebem a saúde como bom funcionamento e a doença como o mau funcionamento do corpo, e estar doente, remete a ideia de incapacidade de ser produtivo. Por outro lado, as classes sociais privilegiadas possuem uma relação de maior cuidado e atenção com o corpo, compreendem a saúde e a doença de outra forma e por esse motivo, previnem-se e mantêm hábitos de vida saudáveis. Para tanto, a posição social e o trabalho são fatores de suma importância ao analisarmos o corpo, os usos do mesmo e as compreensões de saúde e doença. Por isso, a necessidade de se conhecer o indivíduo nas suas diversas nuances para que assim se possa compreender a sua relação com o medicamento.

A ideia de medicalização é bastante utilizada nas ciências sociais em saúde e na saúde coletiva e surgiu na década de 1960, quando autores como Foucault, Illich e Freidson lançaram um novo olhar sobre a corporação médica. Houve então uma grande expansão da medicina com a utilização de novos exames diagnósticos, novas classes de medicamentos e novas áreas de pesquisa. No entanto, o termo medicalização vem sendo compreendido de diferentes maneiras ao longo do tempo (TESSER, 2010).

Também, no início da década de 1960, o termo medicalização foi primeiramente associado à ampliação da assistência médica, ao aumento do número de médicos por habitantes e de leitos hospitalares. Posteriormente o termo passa a ter um significado mais amplo que se refere à condição humana, sejam fatores sociais, econômicos ou existenciais que estão no domínio de medicalizável. Consiste na ideia de tornar médico aquilo que é da ordem do econômico, do político, do cultural e do social (TESSER, 2010; AMARANTE, 2007).

A experiência da doença é influenciada pelas vivências dos sujeitos, ainda que as respostas a tais situações geralmente situem-se no campo do saber médico institucionalizado. Neste contexto, o saber e as práticas médicas buscam perpetuar-se e o médico procura deixar claro que é o único com direito a praticar a medicina e o único representante da legalidade médica (BOLTANSKI, 2004).

Ainda na contextualização do chamado fenômeno da medicalização, vejamos a descrição sobre esse processo feito por Hora (2006) quando elaborou um

verbete para o glossário do Grupo de Estudos e Pesquisas “História, Sociedade e Educação no Brasil” (HISTEDBR). Ela descreve a medicalização como:

Processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à ideia de que não se pode separar o saber - produzido cientificamente em uma estrutura social - de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem como objetivo a intervenção política no corpo social.

A medicalização transforma culturalmente as populações, com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas. Isso desemboca num consumo abusivo e contraprodutivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação. A insatisfação com a saúde, além de determinar o uso de medicamentos por fatores farmacológicos que se relacionam a uma necessidade real de utilização, também é motivadora de fatores culturais e comportamentais que resultam em um aumento desse uso. Uma das causas desse tipo de utilização refere-se à função simbólica dos medicamentos, isto é, o mito de que eles resolvem qualquer problema. A outra se refere à criação de uma necessidade de utilização, em geral, motivada pela propaganda de medicamentos promovida pela indústria farmacêutica (TESSER, 2010; BERTOLDI et al., 2004).

A experiência da doença tem uma intrínseca ligação à compreensão que se tem do próprio corpo, dos sintomas, das enfermidades e mesmo do bem estar. Este entendimento condiciona a forma com que os sujeitos avaliam a própria saúde à procura por serviços, assim como o cuidado de si e do outro. A educação formal e a divulgação do saber médico assumem considerável importância neste contexto, no entanto existe por parte dos profissionais médicos certa resistência no que se refere à difusão deste saber científico; há a ideia de que este pode ser banalizado ou vulgarizado, já que não existe competência para a compreensão da narrativa técnica (BOLTANSKI, 2004).

Concordamos com Tesser (2010), quando diz que a medicalização social é um processo sociocultural complexo que vai transformando rapidamente em necessidades médicas, vivências, sofrimentos e dores, que até pouco tempo eram enfrentados nos contextos familiares envolvendo interpretações e técnicas de

cuidados domésticos ou comunitários, sem demanda de um profissional de saúde, e muito menos de medicamentos.

De acordo com Boltanski (2004) cada sujeito vivencia a doença de diferentes formas e também é compreendida de maneira distinta pelos grupos sociais. Esta autoridade médica na relação com os sujeitos têm procurado ao longo de sua história, contrapor o saber comum, as práticas médicas populares, ao exercício ilegal da profissão, com a finalidade de reforçar sua autoridade e o monopólio de seus atos.

O Programa Saúde da Família quando foi criado propunha superar essa tradição medicalizante, substituindo-a por uma nova concepção apoiada na Promoção da Saúde (TESSER, 2010). Mas, será que a Estratégia Saúde da Família conseguiu dar conta dessa proposta? Infelizmente, não. Mesmo com a Política de Promoção da Saúde, Política Nacional de Humanização, Política de Saúde Mental e outras que vieram no intuito de reverter o quadro da medicalização, não estão sendo eficazes, pois não houve uma reorganização da formação dos profissionais de saúde para sustentar este tipo de reforma que é antes de tudo cultural.

Com a reestruturação e expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, com o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) que se transformou em Estratégia Saúde da Família (ESF) abriu-se uma grande possibilidade de maior acesso da população ao cuidado com a saúde, de cunho biomédico e profissionalizado, o que certamente interfere no processo de medicalização social. A construção do SUS e da APS no Brasil é uma grande arena que pode gerar mais ou menos medicalização, a depender de como trabalham as equipes de Saúde da Família.

No Brasil, o recente investimento do SUS na rede básica e no Programa de Saúde da Família (PSF) aumentou o contingente de profissionais de saúde e seu contato com a população, ampliando potencialmente o acesso e o contato das populações com a atenção à saúde biomédica. Este fato torna a questão da medicalização social um tema candente e urgente para a Saúde Coletiva, para a educação permanente dos profissionais de saúde e para sua atuação cotidiana, particularmente para as equipes de PSF (e de toda a rede básica) (TESSER, 2010).

O importante crescimento do percentual de pessoas que adquirem o psicofármacos nas farmácias do SUS indica que houve maior acesso a esses medicamentos por parte das pessoas com menor renda. Esse achado sugere

aumento da equidade no acesso a essa medicação (RODRIGUES, FACHINNI E LIMA, 2006).

No entanto, o crescimento no acesso não retrata que este seja com qualidade, pois ao contrário do que poderíamos pensar o acesso aos medicamentos com maior facilidade, não quer dizer qualidade dessa prescrição e até mesmo do acompanhamento médico prestado. Concordamos com a afirmação de Tesser (2010) que o processo de medicalização social no Brasil é intenso e importante para o SUS (especialmente o PSF) e a Saúde Coletiva, principalmente na Estratégia Saúde da Família que é a principal porta de entrada dos usuários ao SUS.

Se por um lado observamos a medicalização excessiva da população, por outro, estudos apontam que os médicos de família não conseguem reconhecer doentes com episódios depressivos maiores, apesar das altas prevalências desta condição na população geral. O mesmo pode-se dizer quanto aos transtornos mentais comuns. As demandas de saúde mental são de grande impacto para a saúde pública em virtude de sua alta prevalência e impacto psicossocial. Portanto, quando nos referimos à atenção básica e a seu componente saúde mental, é importante ressaltar que, em todo o processo de adoecer, faz parte a questão subjetiva, ou seja, todo o problema de saúde é sempre de saúde mental (CAIXETA; MORENO, 2008). Por isso, é importante o trabalho das ESF voltado para a integralidade.

Concordamos com Forte (2007) quando enfatiza a necessidade da implementação de serviços que garantam o uso racional de medicamentos psicotrópicos, preservando a saúde da população e reduzindo os gastos públicos com a participação do farmacêutico e de uma assistência farmacêutica efetiva essencial para este propósito. São necessários mais estudos para melhor conhecer e avaliar esta situação. Também é necessária a educação continuada dos médicos, buscando obter uma prescrição racional e a melhor organização do serviço.

3.5 O processo de medicalização da mulher: iatrogênese

Mais fraca, mais frágil, conseqüentemente necessita de maiores cuidados de saúde e vai em busca deles. São vistas como mais fracas, pois ficam em casa cuidando dos filhos, enquanto o homem é vislumbrado como mais forte, pois é quem traz o sustento da família. (OLIVEIRA, 2000, p.109).

Gostaria de explicar o uso do termo iatrogênese para o título do capítulo. De acordo com Illich (1975), o processo de expansão da medicina científica na intervenção dos comportamentos e modos de vida dos homens promoveu o desenvolvimento e a ampliação daquilo que denominou iatrogênese, com seus aspectos clínicos, sociais e culturais. Como o processo de medicalização da mulher vem acompanhando todo um percurso sociocultural acredito que a palavra se aplique bem para denominar o que iremos estudar.

Na leitura em epígrafe podemos perceber a visão, que consideramos equivocadas, que os médicos que participaram do estudo de Oliveira (2000) têm de suas pacientes, o que provavelmente não é diferente da visão de outros profissionais.

Cunha e Nascimento (2009) realizaram um estudo interessante sobre a medicalização da mulher no século XX, tendo como base as propagandas farmacêuticas veiculadas nas últimas décadas e concluíram que, na sua grande maioria, tais propagandas eram voltadas para o público feminino e mesmo as de cunho mais geral, colocavam em cena a mulher como a grande “semióloga médica” da família. A mãe era o objetivo de convencimento dos propagandistas, visto que os cuidados gerais da família estavam sob sua supervisão e nada mais natural para o mercado capitalista, convencer a quem tem a responsabilidade de decidir. Ciente dos processos de influência e convencimento, por parte daqueles que querem mudar, a criar ideologias ou influenciar o imaginário individual das pessoas, mas de forma coletiva, com a intenção de atingir ao máximo de indivíduos possível a linguagem persuasiva das propagandas de medicamentos, tornou-se o meio pelo qual, a indústria farmacêutica associada à mídia tenta influenciar as pessoas. Tal estratégia se caracterizou, principalmente, por um descentramento do saber médico-científico para um contexto, no qual se passou a privilegiar uma ideia de saúde atrelada a medicalização.

A associação dos medicamentos com a resolução rápida dos problemas, acompanhada das sedutoras possibilidades de realização pessoal não é recente, como podemos ver pela propagandas veiculadas no “Almanaque da Mulher” em 1894. Grande parte das propagandas mostravam uma boa aparência pessoal e um corpo saudável e dessa forma, o que seria um atributo físico natural passa, pela visão da publicidade, a ser usado como um requisito para o sucesso econômico e social (CASTRO, *et al*, 2013).

Assim, podemos perceber que a mulher é uma consumidora em potencial de bens e serviços de saúde. Segundo Carvalho e Dimenstein (2008) ela está à mercê de um atendimento longe de ser adequado para a resolução de seus problemas.

Como podemos ver a medicalização da mulher é uma consequência do modelo médico assistencial dominante, formas peculiares de consumo de bens e serviços diagnóstico-terapêuticos que muitas vezes em nada ou em muito pouco contribuem para ganhos efetivos na qualidade de vida, no aumento de expectativa ou na prevenção de doenças. A mulher se tornou um alvo fácil da indústria farmacêutica, pelo tipo de assistência a que tem acesso e pela sua própria condição de vida (OLIVEIRA, 2000).

Em se tratando especificamente da saúde da mulher o que percebemos é que a atenção à saúde está voltada para atendê-la no ciclo gravídico-puerperal, que se restringe basicamente ao acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério. Isso demonstra que o sistema de saúde não atende a todas as especificidades da mulher, e está voltado somente para os aspectos físicos e biológicos, sem levar em conta sua subjetividade. Não se percebe que as queixas recebidas, na maioria das vezes expressas por sintomas físicos ou psíquicos, são decorrentes de problemas econômicos e sociais, de desajustes familiares, dentre outros, e devem ser entendidas de uma maneira mais abrangente. Sem saber lidar com esses problemas, lança-se mão da medicação como único recurso disponível e de fácil acesso (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2008; OLIVEIRA, 2000).

Muitas mulheres tomam suas pílulas anticoncepcionais sem compreender esse método, e que esse por muitas vezes, foi-lhe imposto pelo profissional de saúde ou pela demanda disponível no município. Elas não são estimuladas a conhecerem seus próprios corpos, pois existe uma grande resistência na realização do exame de prevenção do câncer ginecológico dentro das Unidades Básicas. E assim, as mulheres ao mesmo tempo que, são as maiores consumidoras dos serviços de saúde não tem uma assistência integral.

Contudo são notórias as mudanças em relação às mulheres no decorrer do tempo, que resultaram em uma diversificação de suas necessidades de atenção. Porém, como já vimos, a assistência dirigida a elas não avançou, não acompanhou a complexidade de sua inserção na sociedade, e por isso suas necessidades não estão sendo atendidas de forma contextualizada. Grande parte das mulheres tem

um cotidiano sobrecarregado de demandas e tarefas que não é levado em conta no momento do atendimento, e o resultado é um número crescente de mulheres adoecendo e sendo submetidas ao uso de tranquilizantes como forma de suportar as dificuldades de seu dia a dia. As queixas relatadas como motivadoras para o uso dos medicamentos psicotrópicos, segundo as mulheres, são: insônia, nervosismo, dor de cabeça, dificuldade financeira, depressão, marido alcoolista. Esses fatores aparecem como pano de fundo e estão permeando o uso do medicamento em questão. Tais motivos refletem os problemas enfrentados por essas mulheres no seu cotidiano, os quais se traduzem em sintomas diversos e em mal-estar, resultado de suas condições de vida por pertencerem a uma camada social mais desfavorecida. Essas condições, a nosso ver, favorecem de forma decisiva o uso desse tipo de medicamento (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2008).

É fundamental considerarmos que as drogas não tornam os seus usuários homogêneos, e por isso faz-se necessário que percebamos as especificidades de “*ser no mundo*” de cada um (SILVA, 2007).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia ocupa o lugar central no interior das teorias sociais, pois faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria. A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 2012).

4.1 Tipo de pesquisa

A ciência tenta compreender e explicar os fenômenos sociais e naturais e, para isso, utiliza-se de metodologias quantitativas e/ou qualitativas para focalizar e conhecer esses fenômenos.

Essa é uma tendência crescente na pesquisa em enfermagem que integra de maneira planejada, dados qualitativos e quantitativos em estudos individuais ou em conjuntos de estudos coordenados que se denomina pesquisa com método misto (POLIT; BECK, 2011).

Em nossa pesquisa optamos por trabalhar a técnica de métodos mistos que é aquela em que o pesquisador tende a basear alegações de conhecimento em elementos pragmáticos. Essa técnica emprega estratégias de investigação que envolve coleta de dados simultânea ou sequencial para melhor entender os problemas de pesquisa (CRESWELL, 2007).

De acordo com Minayo (2013) e Polit e Beck (2011) as abordagens qualitativa e quantitativa são complementares, representam palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana. A realidade é abrangida por elas dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.

A pesquisa quantitativa centra-se na objetividade, influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Na pesquisa qualitativa, procura-se compreender os fenômenos sensório-perceptivos de apreensão do real pelos sujeitos, ou seja, tende-se a compreender o problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, assim como na perspectiva do próprio pesquisador (LEOPARDI, 2002).

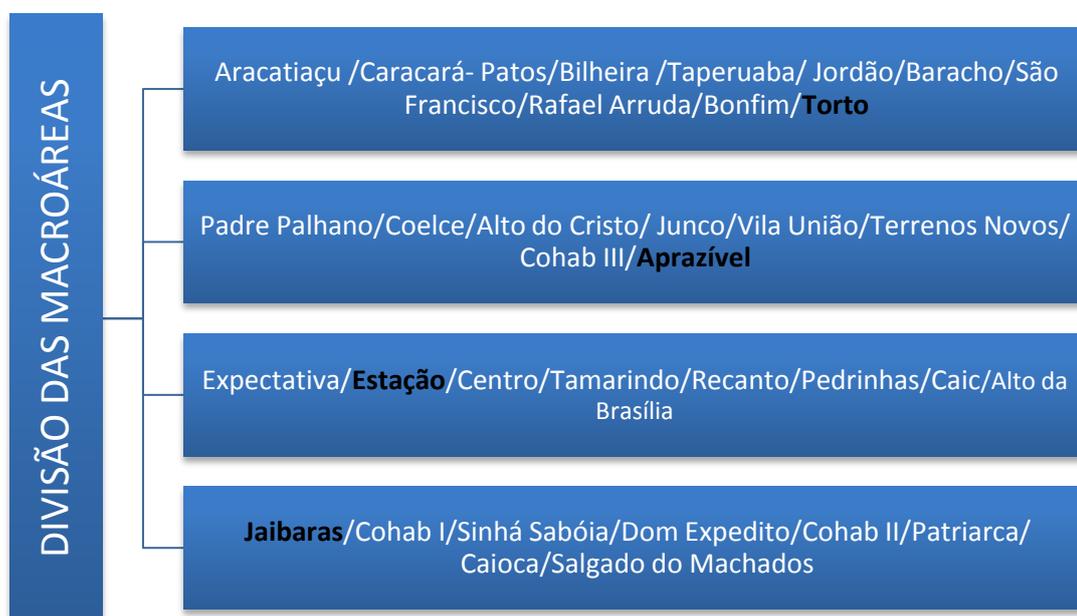
4.2.1 Centros de Saúde da Família

O estudo foi realizado no contexto da Atenção Primária do município de Sobral-CE que é composta de 29 Centros de Saúde da Família (CSF) com 48 Equipes de Saúde da Família (ESF).

No início de 2013, a atenção básica passou por um processo de reestruturação, foram criadas 04 macro áreas (Figura 2), cada uma composta por 16 equipes de saúde da família. Cada macroárea tem um gerente responsável que está subordinado ao Coordenador da Atenção Básica.

Para o desenvolvimento da pesquisa elegemos um Centro de Saúde da Família (CSF) de cada macroárea. É importante salientar que essa escolha não foi realizada de forma aleatória. A seguir temos a divisão das macroáreas com destaque das Unidades selecionadas para a pesquisa.

Figura 2 – Divisão por macroáreas do Sistema de Saúde de Sobral – CE.



Fonte: Secretaria de Saúde de Sobral, 2013.

Em 2013, participamos de um estudo sobre a distribuição dos benzodiazepínicos e antidepressivos nos CSF da sede do município de Sobral no triênio 2010-2012. Foram cruzados o número de comprimidos benzodiazepínicos e antidepressivos dispensados pela CAF (Caixa de Assistência Farmacêutica) e a população adstrita de cada CSF segundo o SIAB (Sistema de Informação da

Atenção Básica). Seleccionamos em cada macroárea uma Unidade que estivesse entre as 15 com maior consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos, conforme tabela Tabela 1.

O que nos chama atenção é que das quatro Unidades selecionadas, três são distritos do município de Sobral, e dentre as quinze Unidades com maior consumo 7 são distritos. Esses dados devem nos fazer refletir sobre os motivos que levam a população desses locais fazer um consumo elevado de psicotrópicos voltados principalmente para depressão e ansiedade.

Tabela 1 – Distribuição do consumo por habitante de benzodiazepínicos e antidepressivos por Unidade de Saúde em Sobral – CE no triênio 2010-2012.

Unidade de Saúde	Consumo por habitante
Torto	30,3
Bilheira	29,0
Estação	23,3
Aprazível	21,7
Taparuaba	20,8
Tamarindo	19,8
Pedrinhas	19,2
Caioca	17,6
Sinhá Sabóia	17,4
Rafael Arruda	16,3
Jaibaras	16,1
Dom Exedito	15,0
Coelce	13,5
Junco	13,5
Vila União	12,7

FONTE: Primária, 2014.

Durante as entrevistas realizadas nos distritos de Jaibaras, Torto e Aprazível muitas mulheres relataram grande ociosidade, pois muitas são donas de casa e não encontram perspectivas de entretenimento. A rotina de grande parte dessas mulheres se resume a cuidar da alimentação, vestimenta e da casa, sendo nenhuma atividade de lazer.

4.3 Universo e Amostra

Para a identificação das mulheres, reportamo-nos as gerentes das Unidades Básicas de Saúde, por meio de cadastros de recebimento de medicação controlada que ficam na farmácia e/ou através das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

Fizeram parte da coleta de dados quatro Unidades Básicas de Saúde: Estação, Aprazível, São José do Torto e Jaibaras. A captação das mulheres usuárias foi realizada através das Gerentes das Unidades com o imprescindível apoio das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que fizeram a interlocução entre os pesquisadores e as pacientes.

4.3.1 Quantitativa

Os sujeitos de nossa pesquisa foram 75 (setenta e cinco) mulheres usuárias de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos. Os critérios de inclusão: idade acima de 18 anos, estar em uso frequente da medicação há mais de um ano, residir na área adstrita dos Centros de Saúde da Família participantes da pesquisa. Os critérios de inclusão foram fazer uso esporádico da medicação ou não estar em uso no momento da pesquisa.

4.3.2 Qualitativa

Para a etapa qualitativa foram selecionadas 24 (vinte e quatro) mulheres. Os critérios de seleção das mulheres para entrevista em aprofundamento foram: tempo de consumo acima de cinco anos e o *rappor*². Muitas vezes no início da entrevista para a coleta de dados quantitativos, as próprias entrevistadas já se colocavam, explicitando aquela necessidade de escuta, e assim, sendo escolhidas para a coleta de dados qualitativa. Alguns momentos foram bastante delicados, pois remetiam as entrevistadas a lembrar momentos de grande sofrimento. Nas vezes em que isso aconteceu, explicitávamos que a mesma podia interromper a entrevista a qualquer momento, mas todas preferiram continuar.

² Rapport é a capacidade de entrar no mundo de alguém, fazê-lo sentir que você o entende e que vocês têm um forte laço em comum. É a capacidade de ir totalmente do seu mapa do mundo para o mapa do mundo dele. É a essência da comunicação bem-sucedida (Anthony Robbins).

4.4 Técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Antes da entrada no campo enviamos ao NEPS (Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde) do município de Sobral uma cópia do projeto de pesquisa para a obtenção da anuência para realização do estudo (APÊNDICE B). De posse da carta de anuência realizamos o cadastro do projeto na Plataforma Brasil e obtivemos aprovação no CEP com o Nº de CAAE 22021013.7.0000.5053.

Antecedendo a coleta de dados propriamente dita, visitamos cada uma das Unidades de Saúde para nos apresentarmos à equipe e explicitar os objetivos de nossa pesquisa.

Em duas Unidades a coleta foi realizada através de visita domiciliar e duas Unidades mobilizaram as mulheres e as mesmas foram entrevistadas na própria Unidade.

A coleta de dados na técnica de métodos mistos envolve a obtenção tanto de informações numéricas (por exemplo, em instrumentos) como de informações de texto (por exemplo, em entrevistas), de forma que o banco de dados final represente tanto informações quantitativas como qualitativas (CRESWELL, 2007).

As participantes da pesquisa foram informadas sobre a gravação e aceitaram mediante aceitação do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). As entrevistas foram todas gravadas e posteriormente transcritas.

4.4.1 Quantitativa

Um levantamento dá uma descrição quantitativa ou numérica de tendências, atitudes ou opiniões de uma população ao estudar uma amostra dela. A partir dos resultados da amostragem, o pesquisador generaliza ou faz alegações acerca da população (CRESWELL, 2007).

Antes do início da coleta de dados quantitativos foi realizado um estudo piloto com o formulário de levantamento de dados com 20 mulheres, e as devidas adequações do instrumento foram realizadas.

Participaram dessa etapa da pesquisa o pesquisador principal e três acadêmicos de enfermagem que foram devidamente treinados para aplicação do formulário, os mesmos participaram também do projeto piloto.

Para descrever o consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos utilizamos um instrumento estruturado/formulário (APÊNDICE C) que foi elaborado

pelos pesquisadores e aplicado durante as entrevistas. As perguntas versam sobre variáveis socioeconômicas e aspectos específicos do uso de psicofármacos.

4.4.2 Qualitativa

A entrevista consiste no procedimento mais usual do trabalho de campo. A entrevista é uma técnica na qual o investigador está presente junto ao informante e formula questões relativas ao seu problema, no sentido de obter dados objetivos e subjetivos, contidos na fala dos atores sociais (MINAYO, 2004; BECK, GONZALES e LEOPARDI, 2002).

As entrevistas semiestruturadas ou focadas são usadas quando os pesquisadores possuem tópicos ou questões amplas que precisam ser abordados durante a entrevista. Os entrevistadores usam um roteiro para garantir que todas as áreas sejam contempladas (POLIT & BECK, 2011).

As entrevistas foram realizadas em dois locais na Unidade de Saúde ou na residência da paciente. Essa decisão foi tomada conforme a disponibilidade de acesso a essa mulher. Quando ela estava na Unidade a entrevista foi feita neste local, quando essa mulher não iria se deslocar ou era mais fácil encontra-la em sua residência através do intermédio da ACS, íamos ao seu encontro.

Durante as entrevistas percebemos em algumas mulheres a necessidade de falar sobre sua história de vida e sua relação com o medicamento. Elas demonstraram confiança e empatia com o pesquisador e foram selecionadas para as entrevistas em profundidade.

4.5 Tratamento e Análise das informações

Tendo como objetivo metodológico obter múltiplas informações relativas ao objetivo investigado, e compreendendo a complexidade do mesmo, optamos pela técnica de métodos mistos que associa dados quantitativos e qualitativos.

4.5.1 Quantitativa

Os dados quantitativos foram tabulados de acordo com as variáveis e receberam tratamento quantitativo descritivo, usando frequência absoluta e relativa demonstrada em tabelas.

4.5.2 Qualitativa

As informações qualitativas permitiram-nos mergulhar mais profundamente na realidade do grupo social, pois o mesmo encontra-se envolvido em uma problemática multifatorial, considerando-se os aspectos individuais, sociais e coletivos. Os dados qualitativos nos reportam aos fatores que desencadearam o início do consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos.

Segundo Flick (2009), a interpretação dos dados não pode ser considerada independentemente de sua coleta ou amostragem de material. No processo de interpretação, podem-se diferenciar diversos “procedimentos” para se trabalhar com texto. Esses procedimentos são designados como “codificação aberta”, “codificação axial” e “codificação seletiva”, não devendo ser entendidos nem como procedimentos claramente distinguíveis, nem como fases temporalmente separadas no processo. Devem ser vistas como formas diferentes de tratar o material textual.

Para o tratamento de nossos dados optamos pela codificação axial. Esse modelo bastante simples e, ao mesmo tempo genérico, tem como função esclarecer as relações entre um fenômeno, suas causas e suas consequências, seu contexto e as estratégias daqueles que estão envolvidos. Para formulação dessas relações, Strauss e Corbin sugerem o Modelo de Paradigma da Codificação que é representado pela figura a seguir:

Figura 03 - Modelo de paradigma (FLICK, 2009).



Para uma melhor compreensão da análise dos dados falaremos de forma breve sobre o preenchimento do Modelo do Paradigma. Para contemplar as causas, utilizamos como parâmetro o motivo do início do uso do benzodiazepínico e/ou antidepressivo que corresponde a primeira pergunta do roteiro de entrevista. Sobre o contexto, observamos o relato das mulheres a respeito de outros fatores que podem ter contribuído para continuidade do consumo que foi nossa segunda pergunta. Para contemplar as consequências e estratégias abstraímos dos discursos o que consideramos como consequências do uso prolongado, tendo como base os relatos das mulheres e as estratégias que elegemos como importantes para a redução ou minimização dos danos do consumo.

Na codificação axial, selecionam-se as categorias mais relevantes para a questão de pesquisa a partir das várias passagens do texto. A codificação axial é o processo de relacionar subcategorias a uma categoria (FLICK, 2007).

A codificação e a categorização são formas de analisar que podem ser aplicadas a todos os tipos de dados e não se concentram em um método específico de coleta. Essa não é a única maneira de analisar os dados, mas é a mais destacada quando os dados resultam de entrevistas, de grupos focais ou observações (GIBBS, 2009).

As falas obtidas durante as entrevistas foram transcritas e classificadas seguindo a técnica da codificação teórica axial, proposta por Flick (2009).

4.6 Aspectos éticos

Em qualquer estudo que envolve seres humanos ou animais, os pesquisadores precisam tratar de questões éticas. As preocupações éticas são especialmente proeminentes na pesquisa em enfermagem porque a linha de demarcação entre o que se constitui a prática esperada e a coleta de dados de pesquisa muitas vezes é obscura. Além disso, a ética pode gerar desafios específicos, pois algumas vezes, as exigências da ética entram em conflito com a necessidade de produzir dados de qualidade (POLIT; BECK, 2011).

Dentro do contexto da pesquisa com seres humanos e do cumprimento das questões éticas, a pesquisa foi desenvolvida dentro das recomendações contidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. A

presente resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Todos os princípios éticos da pesquisa com seres humanos que são a autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A privacidade e individualidade de cada sujeito foram preservadas (BRASIL, 2012).

A autonomia será contemplada através do esclarecimento da voluntariedade da participação na pesquisa, bem como a possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo. Os sujeitos serão informados sobre a gravação das entrevistas. Para cumprimento desse quesito elaboramos o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) no qual ao assinar, o sujeito afirma sua participação voluntária na pesquisa. O termo foi escrito de forma clara, em linguagem acessível para fácil compreensão. Quanto ao princípio da beneficência, garantiremos às mulheres participantes a firmação do compromisso de trazer o menor risco possível. E como benefícios, terão a possibilidade de fazerem a partir de nosso estudo, uma reflexão sobre o consumo de psicofármacos e quais os benefícios e malefícios que estes trazem para sua vida, aumentando assim o conhecimento sobre si.

No que concerne a não maleficência, as mulheres que participarem do estudo não sofreram nenhum tipo de constrangimento, ou algo que esteja relacionado a continuação do uso de sua medicação devido a participação em nosso estudo. Garantimos que todos os dados são sigilosos não proporcionando assim nenhuma identificação. Ao nos reportarmos ao princípio da justiça, proporcionaremos as participantes o máximo grau de equidade, desconsiderando qualquer possível diferença entre elas.

As mulheres participantes foram informadas da nossa pretensão em divulgar os dados aos profissionais de saúde do município de Sobral e para comunidade acadêmica em forma de apresentação de trabalhos ou publicação de artigos. Nosso intuito é convidar as mulheres participantes da pesquisa para comparecerem no dia da defesa da dissertação como forma de oferecer uma devolutiva da participação e importância das mesmas para a pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Não somos apenas o que pensamos ser. Somos mais; Somos também, o que lembramos e aquilo de que nos esquecemos; Somos palavras que trocamos, os enganos que cometemos, os impulsos a que cedemos, sem querer.

(Sigmund Freud)

Esse capítulo foi construído a partir do levantamento de dados e das entrevistas com as mulheres usuárias de benzodiazepínicos e antidepressivos, sendo possível delinear o perfil socioeconômico, bem como reconhecer alguns aspectos descritos relativos ao consumo, ajudando-nos a refletir sobre essa prática que cada dia mais vem aumentando.

O consumo de psicotrópicos de maneira geral é um problema complexo e envolve vários determinantes culturais, sociais, econômicos e pessoais. Essa complexidade tornou-se bastante evidente em nossa pesquisa.

A partir de agora traremos os resultados da parte quantitativa de nossa pesquisa, iniciando com o perfil socioeconômico, seguido do perfil consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos e os serviços de saúde.

5.1 Perfil socioeconômico das mulheres usuárias de benzodiazepínicos e antidepressivos na Estratégia Saúde da Família

Nossa amostra foi composta por 75 mulheres entre 23 e 87 anos de idade, usuárias de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos há mais de um ano e frequentadoras das Unidades Básicas de Saúde.

Os resultados demonstram o seguinte perfil: mulher branca (57,3%), casada (52%), tempo de união acima de 30 anos (36,0%), com 4 filhos ou mais (36%), alfabetizada (76%) e com renda familiar de um salário mínimo ou menos (74,6%).

Tabela 2 Distribuição das mulheres estudadas segundo características socioeconômicas. Sobral, 2014.

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS	N	%
Faixa etária		
< 30 anos	04	5,3
30 ---40 anos	08	10,7
40 ---50 anos	16	21,3
50 ---60 anos	21	28,0
60 ---70 anos	19	25,3
70 anos ou mais	07	9,3
Raça		
Amarela	01	1,3
Branca	43	57,3
Parda	28	37,3
Preta	03	4,0
Estado Civil		
Casada	39	52,0
Separada	12	16,0
Solteira	11	14,7
União estável	04	5,3
Viúva	09	12,0
Tempo de união (n=46)		
Até 10 anos	07	15,2
10 ---20 anos	08	17,4
20 ---30 anos	12	26,1
30 ---40 anos	16	34,8
40 anos ou mais	03	6,5
Nº de filhos		
Nenhum	02	2,7
1 filho	11	14,7
2 filhos	13	17,3
3 filhos	14	18,7
4 filhos ou mais	27	36,0
Não respondeu	08	10,7
Grau de escolaridade		
Alfabetizado	57	76,0
Não alfabetizado	18	24,0
Renda Familiar		
< 1 salário mínimo (SM)	28	37,3
1 SM	28	37,3
2 SM ou mais	17	22,7
Não respondeu	02	2,7

Fonte: Primária, 2014.

Carvalho e Dimenstein (2008) em seus estudos traçaram o seguinte perfil de mulheres usuárias de psicotrópicos: idade variando entre 32 e 68 anos; maioria casada; têm de um a três filhos; baixa escolaridade. Em seus achados Santos (2009) aponta que a maioria dos usuários de psicofármacos são mulheres casadas, acima de 61 anos, com baixa escolaridade e com maior consumo de benzodiazepínicos.

Com relação a faixa etária com maior consumo, encontramos prevalência nas mulheres com mais de 50|---60 anos com 28,0% do total, seguida das entre 60|---70 anos com 25,3%.

Corroboramos com Silva (2009) que em sua pesquisa observou o aumento do consumo de psicotrópicos com a idade. Houve um aumento gradativo a partir dos 21 anos, atingindo um nível máximo de consumo na faixa etária de 51 a 60 anos, o que se assemelha aos dados encontrados em nossa pesquisa.

Entre as entrevistadas podemos observar a relevância da quantidade de mulheres acima de 60 anos. Noia *et al.* (2012) verificou uma prevalência de 12,2% da utilização de psicotrópicos entre idosos residentes em São Paulo. Santos (2009), Rodrigues, Fachini e Lima (2006), Lima *et al.* (2008) também observaram maior consumo nas faixas etárias acima de 50 anos, e associou-se significativamente o aumento do consumo com a idade. Esses achados nos trazem além do maior consumo em mulheres, o fato da mulher idosa ser uma grande consumidora de psicotrópicos. O fato da idade da maioria das mulheres consumidoras está nas mulheres acima de 51 anos, corrobora com o elevado tempo de consumo das mulheres pesquisadas que vai além de 5 anos de consumo.

Quando nos reportamos ao estado civil das mulheres, são em maioria casadas, ou em uma união estável (57,3%). Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Silva (2009), Santos (2009), Carvalho e Dimenstein (2008) onde a maior parte das mulheres é casada. A predominância de mulheres com vínculos afetivos estáveis sugere que mulheres casadas consomem mais medicamentos antidepressivos e benzodiazepínicos que as mulheres solteiras ou viúvas. Sobre o casamento, as entrevistadas foram indagadas sobre o tempo de união e 31 delas tinham mais de 20 anos de casamento. Seguindo essa linha de raciocínio, Silva (2009) coloca-nos que as mulheres têm uma sobrecarga com as responsabilidades do casamento, estimulando-as assim ao maior consumo.

Quanto à prole, as mulheres têm a seguinte situação: 36% tem mais de 4 filhos ou mais, 36% tem entre 2 e 3 filhos, 14,7% têm apenas 1 filho e 2,7% não tiveram filhos. Oliveira (2000) em pesquisa também em Sobral encontrou dados próximos: 53,3% tem de 4 a 8 filhos, 33,3% têm de 1 a 3 filhos e uma minoria 13,3% não teve filhos. Na pesquisa de Carvalho e Dimenstein (2003) a maioria das entrevistadas tinha entre 1 e 3 filhos.

Os dados acima retratam a realidade das mulheres nordestinas e interioranas que ainda têm um número de filhos maior que as mulheres que residem nos grandes centros.

Apesar das mulheres pesquisadas possuírem um número de filhos acima da média, o que vivenciamos nas últimas décadas foi a queda da taxa de fecundidade.

A taxa de fecundidade indica quantos filhos, em média, tem a mulher brasileira. Dados do Censo de 2010 indicam que as mulheres têm, em média, 1,9 filho. Como este número é uma média, existem mulheres com um filho e mulheres com dois, três ou mais filhos. O número de filhos por mulher vem se reduzindo no Brasil desde a década de 1960. Na região Nordeste as taxas passaram de 7,15 filhos em 1940 para 2,06 filhos em 2010 (IBGE, 2010).

Diferente do que outras pesquisas encontraram em relação escolaridade, nossas entrevistadas eram em sua maioria alfabetizadas (76%). Para Nordon *et al.* (2009) as mulheres analfabetas consomem mais significativamente, mais BZD do que mulheres com escolaridade mais baixa.

Quanto a renda familiar, grande parte (74,6%) de nossas entrevistadas tem renda igual ou menor que um salário mínimo, o que demonstra que a renda familiar e individual é muito baixa. Reforçando os dados encontrados, Carvalho e Dimenstein (2008) acharam renda familiar variando entre um e dois salários mínimos. Tanto a renda familiar quanto a renda individual são baixas, demonstrando que as mulheres usuárias do SUS muitas vezes não podem nem mesmo suprir suas necessidades básicas, o que apareceu por algumas vezes no discurso delas.

5.2 Características do consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos por mulheres na Estratégia Saúde da Família

Quanto às características de consumo das mulheres usuárias de benzodiazepínicos e antidepressivos na APS, constatamos as seguintes características: 66% das mulheres entrevistadas fazem consumo de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos há mais de cinco anos. Sendo o menor tempo de consumo 01 ano e o maior tempo 36 anos, o principal prescritor é o médico da UBS; 52% das mulheres entrevistadas não havia realizado consulta de acompanhamento nos últimos três meses, 52% têm familiares que fazem uso de

algum medicamento psicotrópico, sendo desses 29,3% pais e irmãos; 20% das mulheres têm familiares envolvidos com uso nocivo de drogas.

Tabela 3. Distribuição das mulheres estudadas conforme características de consumo e acesso aos serviços de saúde, Sobral, 2014.

Variáveis	N	%
Início do consumo		
1 ano	04	5,3
2 a 3 anos	14	18,7
4 a 5 anos	06	8,0
Mais de 5 anos	50	66,7
Não respondeu	01	1,3
Prescritor atual		
Médico do PSF	43	57,3
Psiquiatra	13	17,3
Outro médico	18	24,0
Não respondeu	01	1,3
Realizou consulta nos últimos 3 meses		
Sim	35	46,7
Não	39	52,0
Não respondeu	01	1,3
Outro familiar usuário do medicamento		
Sim	39	52,0
Não	34	45,3
Não respondeu	01	1,3
Parentesco Familiar		
Cônjuge/filhos	16	21,3
Pais/irmãos	22	29,3
Outros	07	9,3
Problema com drogas		
Sim	15	20,0
Não	60	80,0

Fonte: Primária, 2014.

O estudo de Souza, Opaleye e Noto (2013) demonstrou também um longo tempo de consumo de benzodiazepínicos entre mulheres, variando entre 50 dias e 36 anos de uso.

Nos estudos de Silva (2009) com relação ao tempo de uso da medicação, diferente de nosso estudo o consumo maior de psicotrópicos ocorreu no intervalo de tempo entre 1 e 5 anos. Segundo ele, todos se queixam de vários sintomas e buscam na medicação uma base para aliviar seus problemas que, em muitos casos, são de ordem social e econômica.

Em nosso estudo sobre o tempo de consumo, 32% das mulheres consomem benzodiazepínicos e/ou antidepressivos há menos de 5 anos e 66,7% consomem há mais de cinco anos. O que vai de encontro aos estudos de Souza, Opaleye e Noto (2013) que identificaram mulheres com até 36 anos de uso de benzodiazepínicos.

As mulheres procuram mais regularmente os serviços de saúde, preocupam-se mais com a saúde e aceitam melhor a possibilidade de necessitarem utilizar psicotrópicos. A maior longevidade nesse grupo pode ser acompanhada de multimorbidades e incapacidades além do maior sofrimento com as perdas ocorridas ao longo da vida (NOIA *et al.*, 2012).

Como maiores frequentadoras dos serviços de saúde, conseqüentemente as mulheres se destacam também no consumo de medicamentos, especialmente os antidepressivos e benzodiazepínicos. E como bem pontuado por Noia *et al.* (2012), por aceitarem melhor a “necessidade” do medicamento, muitas buscam as Unidades no intuito de receberem a prescrição desses medicamentos, antes mesmo da indicação médica.

Quanto a faixa etária e ao tipo de união, nosso estudo assemelha-se aos de Nordon *et al.* (2009) que encontrou a faixa etária das mulheres em uso de benzodiazepínicos que está entre 50 e 69 anos.

De acordo com Noia *et al.* (2012), os fatores associados ao uso dos psicotrópicos, independente do cenário de estudo, são: sexo feminino, idade avançada, multimorbidades, incluindo a presença de sintomas depressivos, polifarmácia e pior percepção de saúde. Com o avançar da idade, ocorrem alterações no padrão de sono dos idosos, muitas vezes, associadas com queixas de insônia. Geralmente, demoram a adormecer e acordam várias vezes durante a noite. Em decorrência dessas alterações o sono passa a ser percebido como mais leve, fragmentado e menos satisfatório, o que leva à procura de medicamentos que aliviem esses sintomas. A prescrição de um tranquilizante, comumente mostra-se como uma estratégia rápida para a resolução desse problema.

Embora a literatura preconize que os benzodiazepínicos e os antidepressivos sejam utilizados por um curto período de tempo, o que se observa mundialmente, é a continuidade do uso que vai além de uma indicação clínica bem definida e por tempo indeterminado.

Os benefícios da adição de um BZD devem superar os riscos, de acordo com as características específicas de cada paciente e o possível desenvolvimento de dependência, tolerância, abuso, acidentes, quedas e custo (FURUKAMA *et al.*, 2009).

As relações entre o público usuário e o médico são repletas de significados que necessitam ser cuidadosamente analisados. A procura pelo médico,

por si só, é um momento ponderado pelos indivíduos, de maneira a se configurar como um evento importante para os sujeitos (BOLTANSKI, 2004).

Os maiores prescritores desses medicamentos para as mulheres na atenção primária foram os médicos da Estratégia Saúde da Família com 57,3% do percentual de prescrições. Quanto ao acompanhamento regular por parte do profissional médico, 52% das pacientes referem não terem passado por consulta médica nos últimos três meses.

Na pesquisa de Silva (2009) o maior prescritor de psicotrópicos foram os psiquiatras com 48,07%, seguido o Clínico Geral com 32,68% e Cardiologista 19,22%. Nos estudos de Souza, Opaleye e Noto (2010) sobre o uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres os maiores prescritores foram respectivamente psiquiatras, ginecologistas, cardiologistas e clínicos gerais.

Percebemos que as especialidades dos prescritores se assemelham com a nossa pesquisa, sendo mais frequentes as prescrições de psiquiatras, clínicos gerais e cardiologistas.

Wanderley, Cavalcanti e Santos (2013) afirmam que estudos brasileiros que avaliaram as especialidades médicas de prescritores de psicotrópicos houve uma predominância dos psiquiatras. Para Mattioni *et al.* (2005) algumas especificidades dos médicos prescritores podem ser relevantes, pois através de suas vivências cotidianas é possível supor que os médicos que mais prescrevem são também aqueles que tendem a prolongar o período de uso.

Em pesquisas com os médicos esses contam que as queixas trazidas pelas mulheres referem-se a sintomas de angústia, choro, irritabilidade, insônia, palpitações, tremores, labilidade emocional e problemas familiares. De acordo com a visão dos médicos, são decorrentes de problemas de ordem social e econômica como marido desempregado, filhos para criar, alcoolismo na família, doença, morte, entre outros (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2008).

Dentro desse contexto de prescrição, vale ressaltar que pacientes mulheres utilizam-se de várias estratégias para conseguir a receita médica, entre elas podemos citar as diversas queixas somáticas, envolvendo sintomas vagos e de origem indefinida; supervalorização dos sintomas que parecem indicar a necessidade de aumentar a dose; insistência do paciente quanto a prescrição do medicamento controlado na primeira consulta; ameaças veladas; bajulações; e elogios seguidos da solicitação da receita médica. Comumente os pacientes

pressionam o médico para liberação da receita, tornando tensa a relação médico-paciente, insistindo para a prescrição do medicamento, mesmo sem indicação clínica clara (MATTIONI *et al.*, 2005).

Nesse processo temos uma via de mão dupla, de um lado o médico que deve avaliar todo um contexto para efetuar a prescrição, do outro a mulher que busca naquela consulta médica a resolução de todos os seus problemas, que no caso se transfere para o medicamento, por ser este o amenizador de seu sofrimento. Diante desse cenário, o médico acaba por prescrever o medicamento, por levar em conta a necessidade muitas vezes imposta, criando-se assim um ciclo vicioso, perpetrando o consumo indiscriminado.

Quando não conseguem seus medicamentos seguindo os trâmites legais da consulta com médico, recebimento da prescrição e a aquisição do medicamento na farmácia da Unidade Básica ou outra que disponha para distribuição ou compra, eles buscam essa medicação com parentes, amigos ou profissionais de saúde com os quais têm proximidade.

Dentro dessa linha Souza, Opaleye e Noto (2010) afirmam que a grande maioria das mulheres refere ter um médico de referência, mas nem sempre precisava passar em consulta para obtenção de prescrição. Algumas mulheres ficaram sem acompanhamento e relataram ter adquirido os medicamentos com parentes, médico amigo/conhecido ou familiar que trabalha em local de fácil acesso aos benzodiazepínicos ou prescrições.

Como podemos ver o universo do uso de medicamentos psicotrópicos, em especial BZD e antidepressivos, é deveras complexo, com diversos atores e situações. Assim, não podemos desconsiderar os elementos que dizem respeito a subjetividade de cada mulher e, principalmente, o contexto no qual está inserida. Fica claro que no modelo de assistência esses fatores tem tido pouca importância, demonstrando que nos profissionais estamos longe de ter uma visão holística do cuidado aos pacientes.

Para a OMS, a forma mais efetiva de melhorar o uso de medicamentos na atenção primária em países em desenvolvimento é a combinação de educação e supervisão dos profissionais de saúde, educação do consumidor e garantia de adequado acesso a medicamentos apropriados. Todavia qualquer uma dessas estratégias, isoladamente, logra impacto limitado (WANNMACHER, 2012).

A prescrição indiscriminada de benzodiazepínicos não traz resultados satisfatórios, desdobra-se em tolerância aos efeitos ansiolíticos, dependência e prejuízos em alguns casos irreversíveis. Ainda é mais grave o fato de operar a medicalização de problemas mais amplos, ocultando aspectos coletivos dessa problemática. Tais usuários precisam ser adequadamente diagnosticados e tratados. Isso implicaria em cuidados de saúde mental na rede básica que pudessem dispendir atenção também aos casos considerados de menor gravidade pelas políticas de saúde mental (TAVARES, 2012).

Esses cuidados em saúde mental na atenção primária são ordenados pelo apoio matricial que tem um papel estratégico no contexto da saúde coletiva. Como parceiros nesse processo podemos também contar com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família que pode trazer uma proposta diferenciada de apoio no intuito de reduzir o consumo de medicamentos como psicoterapia, atividades físicas, terapia ocupacional, dentre outros.

Um dado pouco pesquisado é o uso de medicamentos psicotrópicos por parte de outros familiares. Abordamos essa pergunta em nosso questionário e identificamos que 52% das mulheres têm familiares em uso dessa categoria de medicamentos, tendo sido apontados com maior frequência os pais e irmãos. O consumo por membros da família muitas vezes influencia o consumo inadequado de medicamentos, uma vez que ao apresentar sintomas semelhantes, um familiar indica e oferece o medicamento ao outro.

Esse é um ponto que consideramos importante, por isso ele foi incluído no estudo. O fato de ter um familiar próximo em uso de medicamentos facilita o início e também a continuidade do consumo, e isso deve ser levado em conta quando propomos estratégias para redução do consumo, pois passa a ser um fator dificultador pela facilidade ao acesso.

Tabela 4. Distribuição das mulheres estudadas conforme medicamentos utilizados, Sobral, 2014.

Medicamentos	N	%
Clonazepan	25	33,3
Fluoxetina	20	26,7
Amitriptilina	19	25,3
Diazepan	16	21,3
Imipramina	3	4,0
Nortriptilina	3	4,0
Clomipramina	1	1,3
Outros	2	2,7

Fonte: Primária, 2014.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 15% da população consomem mais de 90% da produção farmacêutica. Dos valores gastos em saúde nos países em desenvolvimento entre 25-70% correspondem a medicamentos, comparativamente nos países desenvolvidos esse percentual chega a 15%. Outro dado relevante é que 50 a 70% das consultas médicas geram uma prescrição medicamentosa; 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente (BRASIL, 2010).

Em nosso cenário de estudo o medicamento mais consumido pelas mulheres entrevistadas foi o BZD Clonazepan com 33,3%, seguido do antidepressivo Fluoxetina com 26,7%, corroborando com os estudos de Santos (2009) que também identificou como classe de medicamento mais consumido os benzodiazepínicos com 45,3%.

No PSF de Caucaia no Ceará os psicotrópicos mais prescritos foram Carbamazepina 200mg, Diazepam 5mg e Amitriptilina 25mg (FORTE, 2007).

Conforme Nordon *et al.* (2009) os medicamentos em uso mais citados em sua pesquisa foram Diazepam (76,08%), seguido do Clonazepam (8,68%) ambos adquiridos nas Unidades Básicas de Saúde. Mattioni *et al.* (2005) constatou que na população de seu estudo a BZD mais consumido foi o Diazepam, seguido do Bromazepam e Alprazolam.

Os BZD continuam sendo os medicamentos que mais aparecem nas pesquisas sobre o uso de psicotrópicos, principalmente o Diazepam. Entretanto, é mister uma reflexão sobre o aumento do consumo de antidepressivos, pois encontramos um consumo bem elevado de medicamentos dessa classe. Dentro dessa perspectiva Noia *et al.* (2012) aponta que dentre os psicotrópicos, os antidepressivos, independentemente do seu modo de ação, foram os mais utilizados, seguidos dos benzodiazepínicos. Em consonância com publicações prévia, o uso de antidepressivos tem crescido e o dos benzodiazepínicos decrescido.

Em pesquisa realizada no município de Sobral – Ceará de acordo com a classe terapêutica, Araújo *et al.* (2012) encontrou maior prevalência de antidepressivos com 34,75% dos medicamentos dispensados pela Central de Assistência Farmacêutica (CAF), seguidos pela antiepiléticos (33,99%), antipsicóticos (13,99%), benzodiazepínicos (13,94%) e anticolinérgicos (3,33%). Esses dados reafirmam a tendência do aumento do consumo de antidepressivos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; e mais de 50% dos pacientes os usam incorretamente. Mais de 50% de todos os países não implementam políticas básicas para promover uso racional de medicamentos (WANNMACHER, 2012).

Órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Internacional Narcotics Control Board (INCB) tem alertado sobre o uso indiscriminado e o insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento. No Brasil, esse alerta tem sido reforçado por vários estudos que demonstram a grave realidade do consumo de benzodiazepínicos (ORLANDI; NOTO, 2005).

Lima *et al.* (2008) em seus achados relata a predominância do uso de antidepressivos em relação ao de ansiolíticos. Contudo, houve uma inversão desse padrão na nossa pesquisa que identificou o maior consumo de benzodiazepínicos.

Vale salientar que várias participantes da pesquisa fazem uso concomitante de benzodiazepínicos e antidepressivos. Ainda sobre o uso concomitante de psicotrópicos em uma pesquisa desenvolvida em Coronel Fabriciano/MG revelou que mais da metade dos indivíduos usavam mais de um medicamento dessa classe (FIRMINO *et al.*, 2011).

Um fato evidente em nossa e nas demais pesquisas é o aumento gradativo do consumo de psicotrópicos, especialmente nas classes que estamos pesquisando. Acreditamos que um ponto que contribui com esse crescimento é a facilidade de acesso aos medicamentos.

O aumento ou a permanência do consumo não são fatos isolados, ambos estão dentro de um contexto que iremos conhecer a seguir. Deste ponto em diante, traremos os resultados da parte qualitativa de nossa pesquisa no qual abordamos os fatores desencadeadores do início do consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos por mulheres na Estratégia Saúde da Família, da codificação das falas surgiram as seguintes categorias: Perdas e morte de familiares; Relações familiares; Problemas de Saúde.

Em busca de desvendar os fatores desencadeadores do consumo, deparamo-nos com as mais diversas histórias de vida, em sua maioria história de dor e sofrimento, perdas e incertezas, falta de perspectiva, desilusões que

encontram naquele comprimido mágico um momento de alegria, alívio, felicidade, anestesia.

Cada mulher com sua história [...] justifica a importância do medicamento para sua vida.

5.3 Características dos fatores associados ao início do consumo de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos

Este estudo teve como pressuposto, revisitar a realidade do consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos, já estudada em 1994, pois consideramos essa temática um grande desafio. Como o processo saúde-doença é contínuo e inacabado, exige uma busca permanente pelo conhecimento por meio de uma abertura constante ao novo. Nesse contexto, propusemo-nos desvelar os determinantes que contribuem para o consumo desses medicamentos.

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com a situação de saúde. Para a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Concordando com Tavares (2012) existem muitos fatores envolvidos com o sofrimento psíquico contemporâneo. Em sua pesquisa ele identificou algumas categorias que são consideradas causas para tal sofrimento na atualidade, como desemprego, sobrecarga no trabalho e no lar, preocupação excessiva, perdas, solidão, problemas financeiros, violências e outros problemas sociais.

Em nossa pesquisa contextualizamos o uso de benzodiazepínicos e antidepressivos por mulheres, e identificamos as mais diversas causas para o consumo desses medicamentos como morte de familiares, acidentes, suicídio, violência, separação/divórcio, traições conjugais, preocupação excessiva, tristeza, angústia, depressão, crises convulsivas, câncer, hanseníase, falta de sono, nervosismo, dentre outros. Esse contexto assemelha-se ao encontrado por Tavares

em sua pesquisa sobre o sofrimento psíquico, que muitas vezes decorre de problemas sociais, mas que é tratado como enfermidade.

Em seu relatório a Associação Médica Brasileira, atribui o abuso ao consumo de psicotrópicos à combinação de fatores que medicalizam problemas sociais, como desemprego e dificuldades de relacionamento e a tendência a tratar sintomas em vez das causas (ABM, 2001).

Diante das falas das mulheres, conseguimos identificar como fatores associados ao consumo de benzodiazepínicos e psicotrópicos as seguintes categorias: perdas e mortes; problemas de relacionamento; problemas de saúde. Em cada categoria trabalhamos fenômeno, causas, contexto, consequência e estratégias de acordo com a proposta de Flick (2009).

5.3.1 Consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos relacionados a perdas e morte de familiares

Hoje vivemos uma época em que o sentir ganha proporções que beiram o insuportável, de modo que, para enfrentar as frustrações e o sofrimento decorrentes dos percalços da vida, a saída mais plausível têm sido recorrer ao uso de algum tipo de psicofármaco. Qualquer coisa capaz de aplacar as paixões, as ansiedades e as tristezas da alma é bem vinda. E quanto menos tempo levar para fazer efeito, melhor (CANABARRO; ALVES, 2009).

Esse fenômeno da medicalização vem gradativamente aumentando e por isso nos debruçamos na tentativa de entender o que perpassa a crescente procura pelo uso de medicamentos psicotrópicos, verificada nas últimas décadas nas sociedades ocidentais.

Nessa categoria identificamos o uso de benzodiazepínicos e antidepressivos associados a perda de familiares, que pode ser identificado nas falas a seguir.

“Comecei a tomar remédio pela perda da minha filha e os problemas com o meu marido, ele tem um câncer na garganta. Tudo eu encasqueto, se eu ver uma pessoa doente eu também fico doente” (M7).

“Primeiro mataram meu irmão, todo mundo me conhece aqui. depois minha mãe foi embora faz mais de 25 anos que eu não vejo ela. Tenho 03 filhos em Porto Velho e eu me preocupo com eles, tem um que bebe muito, não tem jeito de não ficar preocupada” (M18).

“Foi quando meu filho se matou, aí meu Deus num gosto nem de me lembrar....ôôô dor grande, nunca passa. Tenho os outros filhos, mas não esqueço ele. É uma dor que não passa” (M3).

“Era só eu e meu velho em casa, ele teve um câncer e morreu, fiquei sozinha na vida, os filhos quase não vão lá em casa, ele era minha única companhia. Eu fiquei sem querer comer, sem tomar banho, aí me deram os remédios e melhorei”. (M14)

“Eu tava em casa aí chegou a notícia do acidente do meu filho. Eu tava com o coração apertado, mas não me disseram logo que ele tinha morrido. Meu mundo acabou, ele era tão novo, me ajudava muito. Depois disso fiquei nervosa, impressionada com tudo, chorava querendo ele de volta. Passei um monte de dia sem dormir, ainda hoje se eu ficar pensando muito eu não durmo impressionada” (M10).

“Faz muitos anos que tomo esse remédio, eu comecei depois da quebra do meu resguardo. Mas, não posso ficar sem tomar de jeito nenhum” (M21).

“Quando perdi meu marido passei um bucado de noite sem dormir. Aí meus filhos me levaram no médico e comecei a tomar esses remédio. Tomo até hoje.” (M9).

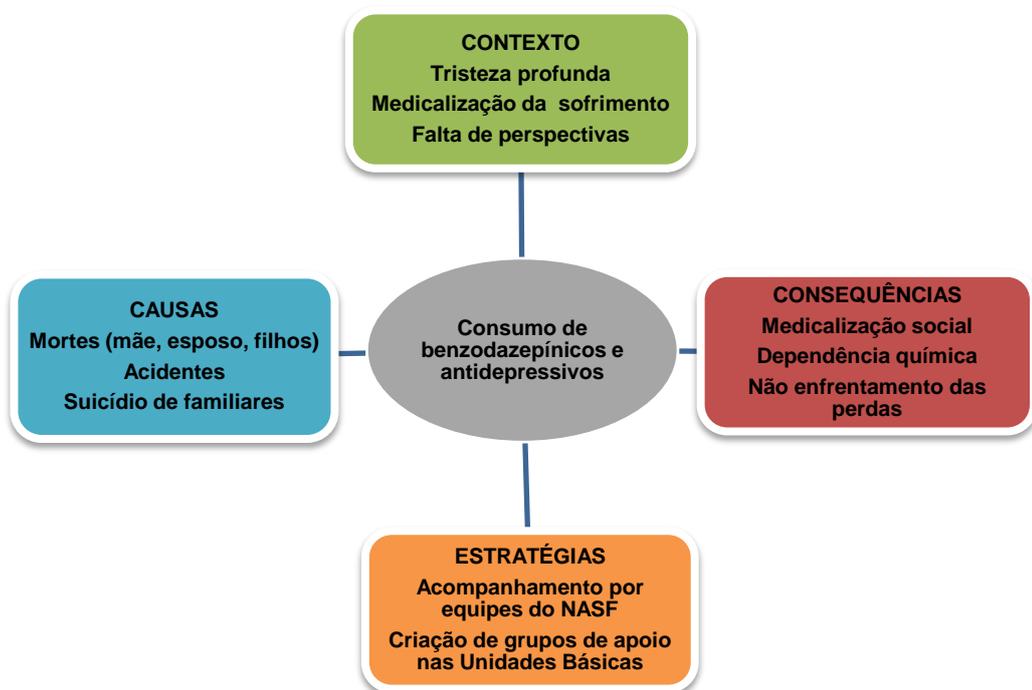
“Minha vida é uma longa história doutora. Perdi meu marido e um filho por causa da bebida. Sofria muito com eles, mas também sinto muita falta. Os remédios ajudam a esquecer”. (M5).

“Doi muito pra mãe perder o filho. Quando meu filho se matou eu quase morri. Não comia, nem dormia. Tinha pesadelo com

ele. Só com os remédios consegui dormir. Ainda hoje preciso tomar". (M2).

Após a leitura das falas, construímos a categoria Consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos relacionados a perdas e morte de familiares que está ilustrada na figura a seguir:

Figura 4 - Consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos relacionados a perdas e morte de familiares.



Fonte: Primária, 2014.

O luto deve ser compreendido como reação normal à perda por morte, devido ao rompimento de uma relação significativa.

O processo de elaboração do luto pode ser longo, não existe um tempo definido para o término. Alguns especialistas apontam que o período de um ano costuma ser o mais crítico, pois diferentes marcos temporais serão vivenciados, lembrarão o ente querido, como o aniversário, o primeiro Natal em situação adversa, aniversário de casamento e outras datas comemorativas. Após o primeiro ano da perda, espera-se que a pessoa já esteja adaptada à nova realidade e tenha retomado sua vida.

Conforme Valverde (2012), especialistas estão afirmando que o sofrimento não é nenhuma doença mental que precise ser tratado com remédios antidepressivos. Em um editorial na revista médica *The Lancet*, especialistas argumentam que o sofrimento não requer psiquiatras e, que, legitimar o tratamento do sofrimento com remédios não é algo apenas simplista, mas também ineficaz. O debate segue uma decisão da Associação Americana de Psiquiatria para classificar a dor pós-morte como uma doença mental em uma tentativa de permitir aos médicos, serem mais flexíveis sobre o tratamento de pacientes que perderam entes queridos recentemente. O primeiro editorial afirma: “O sofrimento de uma pessoa ao perder alguém importante é apenas uma resposta normal do corpo humano”.

Qualquer perda gera o sentimento de luto. Quando falamos em luto, geralmente está associado à morte de uma pessoa querida, mas a aplicação do termo luto tem maior abrangência. O luto é uma reação normal e esperada quando um vínculo é rompido, e sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência das perdas. Existem fatores que determinam o processo do luto que são: os fatores internos; estrutura psíquica do enlutado; histórico de perdas anteriores; circunstâncias da perda; crenças culturais e religiosas e apoio recebido (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006).

De acordo com Valverde (2012), as pessoas enlutadas podem ser rotuladas no futuro como depressivas. De acordo com os escritores da revista *The Lancet*, muitas vezes 6 meses não é o bastante. Em alguns casos o luto só melhora após o primeiro aniversário da morte, ficando a dor menos intensa. Eles acrescentam ainda que o luto é individual, modelado por sexo, crenças religiosas e o tipo de ligação com a pessoa falecida.

Para Tavares (2012) muitas vezes, médicos ansiosos por aliviar o sofrimento de pacientes, acabam por antecipar a prescrição ou recorrer a medicação de forma apressada. Até porque a empatia, ensinamento ético básico, passado aos acadêmicos de medicina na disciplina de Bioética, preconiza que o médico não deve medir esforços para aliviar a dor alheia, seja ela física ou psíquica.

A Estratégia de Saúde da Família possibilita um ótimo espaço para acompanhar o processo de luto pela visão multidisciplinar do indivíduo e da família em todas as suas dimensões. Contudo é importante reconhecer que, sentimentos de perda e de luto podem ser despertados na equipe de saúde. Tais sentimentos de

contratransferência podem prejudicar o acolhimento e o auxílio, gerando distanciamento da equipe, que não se vê capaz de lidar com o luto ou morte e acaba evitando o contato ou rapidamente encaminhando o paciente.

Mas, para que todo esse potencial seja utilizado, os membros das equipes precisam estar sensibilizados e ter seu olhar humano e acolhedor preparado para o indivíduo enlutado, o processo de luto e suas demandas. Quando falamos em equipe, nos referimos a todos os profissionais, sem exceção, porteiro, agentes administrativos, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, odontólogos, médicos, todos podem trazer informações riquíssimas de como a família está vivendo e pode ser a ponte de vínculo da equipe com a família.

Uma pessoa que procura a Unidade de Saúde com vontade de aferir a pressão pode ser um pedido velado de ajuda, que será ou não valorizado pelo profissional, que pode simplesmente realizar o procedimento e dar a conduta técnica apropriada ou questionar o motivo que levou a pessoa a querer aferir a pressão. Os medos, as dúvidas e, pela escuta ativa e sensibilidade, acolher essa pessoa, reconhecendo que ela está em processo de luto.

O espaço de atuação da Saúde da Família é único e deve ser valorizado por proporcionar a construção de um vínculo longitudinal, permitindo uma relação humana e acolhedora. A Estratégia de Saúde da Família possui como importante ferramenta tecnológica para o auxílio da pessoa enlutada, os profissionais para ouvi-la, mas para isso é necessário estimular e cultivar nos profissionais de saúde a sensibilidade para desenvolver a habilidade de escuta.

Através do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o profissional pode identificar as necessidades de cada membro da família em seu contexto individual e coletivo, e assim, construir os novos papéis de cada membro da família, que deverá se reestruturar para viver sem a presença do membro falecido.

Como suporte para esse cuidado a Estratégia Saúde da Família conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que tem profissionais das mais diversas áreas do conhecimento como psicólogos, terapeutas ocupacionais que podem dar o suporte necessário aos momentos de perda, evitando ao máximo a medicalização de um processo natural que é a morte.

5.3.2 Consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos relacionados a problemas pessoais e familiares

Durante as entrevistas é notória a importância que os relacionamentos conjugais têm na vida das mulheres consumidoras de benzodiazepínicos e antidepressivos. Na maioria das entrevistas o componente conjugal estava associado ao uso, seja por desavenças, separações, traições ou violência sofrida pelos companheiros. O componente conjugal mostrou-se como um sério fator de adoecimento para as mulheres, principalmente por estas continuarem convivendo diariamente com os companheiros. Vejam a seguir algumas falas demonstrativas dessa categoria:

“Meu marido sempre bebeu muito, ficava me levantando falso, achando que eu traía ele, em 2001, ele furou meu olho. Choro...ele sempre foi muito agressivo. Depois disso aumentou meu sofrimento, eu não enxergo mais” (M11).

“A primeira vez que tomei foi quando me separei, depois eu fiquei boa. Aí quando Deus levou meu filho por um acidente com descarga elétrica, o fio de alta tensão matou o bixim na mesma hora, isso faz três anos. Depois disso voltei a tomar, não fico mais boa não (M23).

“Teve uma vez que baixei hospital, fiz um cateterismo, isso foi porque eu preocupava com meu filho, ele brigava muito com a mulher, depois se separou, passei três dias com três noites sem dormir, me preocupo por causa da minha netinha, os remédios me ajudam a dormir, fico mais calma” (M1).

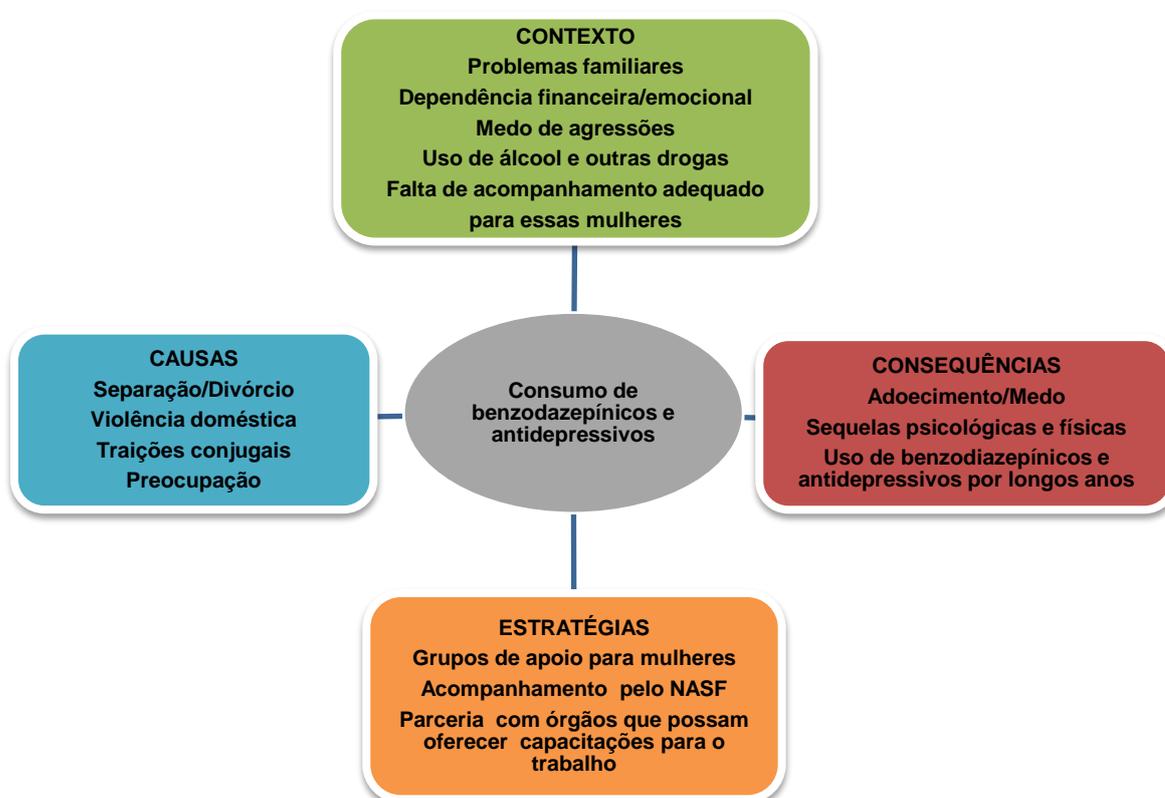
“Já sofri muito por causa de chifre, meu marido se arrumava todinho e ia atrás das rapariga, e eu uma mulher direita e ele nem me dava valor, eu chorava era muito, agora eu tô velha e ele também, mas eu não esqueço o que sofri, ainda hoje não consigo ficar sem os remédios pra dormir” (M13).

“Não é fácil conviver com um homem que tem outras mulheres. Muitas vezes eu ficava em casa e ele saía e passava de dias fora. Quando chegava era todo ignorante. Uma vez até me

bateu. Eu tive uma depressão e comecei a tomar os remédios”.
(M4).

“Minha filha, hoje eu sou doente por causa do marido. Ele vivia viajando e tinha muitas mulher. Agora que tá velho não tem mais nada. Mas, quando eu era nova penei na mão dele. Tive uma depressão. Faz tempo que tomo remédio para conseguir dormir melhor” (M6).

Figura 5 - Consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos relacionados a problemas pessoais e familiares



Fonte: Primária, 2014.

Em uma pesquisa realizada com mulheres, perguntaram as principais vantagens de ser mulher atualmente, e 57% relataram que é a maternidade, 50% criação dos filhos, 19% casamento e a família. Esses dados demonstram a importância que as mulheres dão aos filhos, ao marido e ao casamento. No entanto, casamento e família podem também ser incluídos no rol das coisas penosas quando significam obrigação de obedecer ao marido, de não ser reconhecida, não ser valorizada (COSTA, 2013).

Nas falas das mulheres percebemos o fardo de carregar a família e o sentimento de desvalorização que sentem por parte dos companheiros. O sofrimento ao longo da vida conjugal está explícito nas falas, e a impossibilidade de se desvencilhar desse relacionamento é um importante fator de adoecimento.

Por esse motivo, discutiremos como os relacionamentos mal sucedidos afetam essas mulheres e podem influencia-las no consumo de medicamentos para amenizar o sofrimento.

Contra o sofrimento que provém dos relacionamentos com os outros indivíduos, a solução mais eficaz para muitos, seria o “isolamento voluntário”; para proteger-nos do sofrimento oriundo do mundo externo poderíamos afastar-nos dele, ou integrar-nos à “comunidade humana” e, juntamente com a ajuda da ciência, sujeitar a natureza à nossa vontade (CANABARRO; ALVES, 2009).

Mas, o que fazer quando o sofrimento está ao seu lado diariamente? No nosso estudo identificamos diversos tipos de violências sofridas pelas mulheres como agressões físicas e verbais, perda de funções vitais decorrentes de brigas, violência psicológica. Uma das entrevistadas perdeu a visão após uma agressão sofrida pelo companheiro, outra relatou agressão física.

Em muitas falas ficam evidentes as traições e a submissão pelas quais passam essas mulheres, que em sua maioria são dependentes financeiramente de seus companheiros e não se veem separadas, muitas repetem um ditado popular “*ruim com ele, pior sem ele*”. A ideia de que seu sofrimento será maior sem a presença do marido, traduz o grau de alienação em que vive essa mulher e os valores enraizados na cultura patriarcal, onde o casamento é sempre a melhor opção para as mulheres (OLIVEIRA, 2000).

A problemática do machismo é antiga. No Brasil, em particular, os homens têm sido descritos como “machistas”. O machismo é aqui tomado como um sistema de ideias e valores que institui, reforça e legitima a dominação do homem sobre a mulher. Tal dominação fruto de uma violência simbólica, pode ser reconhecida no imaginário social, sendo considerada o resultado de um longo processo de construção acerca do “ser homem” e do “ser mulher” (COUTO; SCHRAIBER, 2013).

Fica visível nesse estudo que os benzodiazepínicos e antidepressivos são utilizados para minimizar a angústia e o sofrimento vivenciado por essas mulheres, que acabam ficando reféns dos fármacos que cada vez mais trazem consigo

promessas de felicidade, curando as dores de um cotidiano repleto de queixas que são resultado de problemas de magnitude social.

Relações violentas envolvem relações interpessoais entre o casal e representam uma forma abusiva de poder que se exerce dentro de casa, acentuando a dependência emocional e econômica da mulher e, muitas vezes, dos demais membros da família (BANDEIRA, 2013).

Além dos problemas conjugais, temos que considerar o contexto do consumo de drogas na família por filhos, esposo, irmãos, pais. Corroborando com Lopes (2012) viver e conviver com o uso da droga no domicílio faz com que as pessoas sofram processos de adoecimento. Nesse aspecto, abrimos um parêntese para sistematizar que tal ambiente de vivência e convivência torna-se mais delicado, uma vez que, lá há processos de relações amorosas. A família se vê diante de sentimentos ambíguos. Como posso odiar, temer e desconfiar de quem amo? Tais situações conflituosas geram adoecimentos mentais e dor. Essa que, por vezes, manifesta-se em forma de somatização. E, muitas mulheres não sabem interpretá-las, levando-as aos nossos espaços de saúde em busca de auxílio, que muitas vezes é conseguido através dos medicamentos.

Um dado considerável em nosso estudo é que o fenômeno do consumo de benzodiazepínicos continua elevado, e os antidepressivos assumiram também um valor de destaque nesse universo. Com a implantação da Estratégia Saúde da Família e a implantação de uma Rede de Saúde Mental Municipal de referência não parece ter trazido melhora para essas mulheres, pois o consumo vem sendo ascendente e a facilidade do médico na comunidade tem facilitado o acesso às usuárias.

É mister uma reflexão dessa prática da medicalização por parte dos profissionais da atenção básica, principalmente quando as causas do sofrimento decorrem de problemas sociais. É preciso um esforço conjunto entre os dispositivos de saúde disponíveis na busca da redução do consumo desses medicamentos através de grupos terapêuticos que proporcionem a essas mulheres dar um novo sentido a sua vida, que não seja a fuga e a lamentação.

Os Núcleos de Atenção em Saúde da Família (NASF) são importantes ferramentas nesse processo. As ações do NASF devem estar pautadas no tripé: Apoio Matricial, Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular (PTS). O Projeto Terapêutico Singular, que é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas,

articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, configura-se como um dispositivo potencial para o planejamento das ações em saúde na Estratégia de Saúde da Família. O PTS parece melhor utilizado devido ao destaque que o projeto apresenta para grupos ou famílias e não só para indivíduos. No caso das mulheres usuárias, esses projetos podem identificar os problemas que estão no âmbito familiar, observando suas singularidades.

5.3.3 Consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos relacionados a problemas de saúde

Quando na pesquisa questionamos as mulheres sobre qual o motivo que as levaram ao início do uso de benzodiazepínicos e antidepressivos, elas relataram tristeza, angústia, depressão, câncer, hanseníase, pressão alta, enxaqueca, falta de sono, nervosismo, dentre outros. Alguns fatores citados acima não seriam a princípio, indicadores de prescrição de psicotrópicos, no entanto esses fatores aparecem como pano de fundo e estão permeando o uso dos medicamentos em questão, como veremos nas falas abaixo:

“Comecei com esses remédios pela depressão, devido a hanseníase que eu tive a 20 anos atrás” (M22).

“Quando tive o câncer fiquei sem esperança na vida, entrei em depressão, aí o doutor passou os remédios, aí eu melhorei” (M9).

“Minha filha faz muito tempo que tomo esse remédio, a primeira vez foi porque quebrei meu resguardo, teve uma briga muito grande lá em casa da minha mãe com meu marido....eu me tremia todinha., depois eu chorava toda dia” (M15).

“Eu sou muito nervosa, me preocupo com tudo, acho que toda doença eu tenho, num posso nem ver ninguém doente... eu comecei a sentir uma dor no meu peito e achei que ia morrer, aí o doutor do coração passou o remédio pra eu me acalmar” (M24).

“Quando fique com a depressão e não quis mais sair de casa foi que comecei com meus remédios. Tinha medo de tudo” (M17).

“Há uns 10 anos eu tive um câncer de mama e entrei na depressão. Quando meus cabelos caíram eu não queria ver ninguém. Foi por isso que comecei a tomar os comprimidos. Mas, hoje eu tomo pra dormir melhor”. (M18)

“Eu comecei a usar os comprimidos quando eu tinha as crises de pânico. Suava de medo de acontecer alguma coisa comigo se eu saísse de casa. Isso aconteceu depois que minha mãe morreu. Ainda tomo porque sou muito nervosa” (M21).

As falas das mulheres demonstram que muitos problemas de saúde foram os desencadeadores do consumo, contudo não foi realizado acompanhamento adequado para evitar o consumo desnecessário desses medicamentos. A codificação das falas resultou na figura a seguir.

Figura 6 - Consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos relacionados a problemas de saúde



Fonte: Primária, 2014.

Vários estudos sobre o consumo de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos demonstram que os motivos apontados fazem parte do cotidiano e resultam em reações que traduzem a não suportabilidade às condições de vida da usuária. Nesse contexto, o medicamento aparece como uma bengala para sustentar esses processos cotidianos.

Percebemos em outros estudos que as queixas que motivaram o uso de medicamentos psicotrópicos relatadas pelas mulheres, são semelhantes como: insônia, nervosismo, dor de cabeça, problemas circulatórios, problemas respiratórios, inquietação, dificuldade financeira, depressão e marido alcoolista (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2008; SILVA, 2009).

Podemos notar que há uma singularidade no que se refere ao uso desses medicamentos, relacionados principalmente a vivência subjetiva das situações cotidianas e também da impotência diante de várias situações. Problemas de saúde, que a princípio não demandariam consumo de psicotrópicos, passaram a ser motivadores do consumo, ao mesmo tempo em que problemas que demandam esse consumo fazem com que esse uso seja prolongado sem nenhum tipo de avaliação.

A mulher é a ordenadora do cuidado na maioria dos lares brasileiros, mas essa é apenas mais uma dentre as muitas responsabilidades atribuídas às mulheres. A mãe, a esposa, a filha, a irmã, a tia, a madrinha, a amiga que cuida de todos e acaba não cuidando de si, ou ainda aquela mulher sobrecarregada de problemas econômicos, familiares, conjugais, que encontra no medicamento um alívio para o pesado fardo que carrega.

Essa mulher que descrevemos acima está presente diariamente nas Unidades Básicas de Saúde de Sobral e de todo o Brasil, e têm se tornando uma consumidora de medicamentos psicotrópicos sem que haja um verdadeiro acompanhamento. Como vimos, na maioria dos casos a prescrição de benzodiazepínicos e antidepressivos está associada a problemas que não tem origem biológica. No caso das mulheres que usam decorrentes de problemas de saúde, identificamos que o acompanhamento ainda é inadequado, visto que, em sua maioria, as consultas não são realizadas dentro de uma periodicidade mínima de três meses e o que mais acontece são as renovações de receitas sem uma avaliação.

Durante as entrevistas ficou evidente a falta de acompanhamento médico. Oliveira (2000) afirma que os seus dados revelaram a maneira como esses casos

são tratados no serviço de saúde, em que não há um acompanhamento sistemático das pacientes por parte dos médicos. Com isso, eles perdem de vista essas mulheres, que passam a utilizar esses medicamentos por longos períodos.

Os dados das pesquisas sobre uso de BZD e antidepressivos revelam um quadro de enorme gravidade no que se refere a medicalização da mulher, com utilizações crônicas que podem trazer danos irreversíveis a saúde. Dados mostram um consumo acima de cinco anos na quase totalidade dos estudos, chegando a ter consumo por tempo superior a 20 anos em muitos casos.

Dentro desse contexto não podemos nos furtar de reconhecer os benefícios que as mulheres relatam com o uso dos medicamentos. Carvalho e Dimenstein (2009) contam-nos que o discurso dessas mulheres revela o poder extraordinário atribuído ao medicamento que vai além das possibilidades reais e concretas. Os discursos apontam o medicamento como algo que representa a força, a segurança perdida, a coragem de poder enfrentar o dia a dia e até mesmo fazer sumir os problemas.

Nessa direção, notamos em nossas entrevistas esse poder mágico atribuído ao medicamento a ponto de algumas mulheres relatarem “ [...] e *Deus no céu e o meu medicamento na terra* [...]”.

As histórias de vida remontam-nos a indicação de algo perdido: a tranquilidade, a normalidade e a esperança que é devolvida pelo medicamento. E onde essa mulher encontra esse medicamento? No seu território, na sua Unidade Básica de Saúde, com seu médico de família ou ainda em outros dispositivos do Sistema Único de Saúde.

Como já mencionado anteriormente, a facilidade ao acesso contribui como fator negativo para o aumento do consumo, pois com a prescrição feita de forma indiscriminada o consumo desnecessário se eleva.

A elevação do consumo de medicamentos tem sido sentida de maneira bastante evidente na Atenção Primária, por ser hoje esta, a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. E muitas vezes, os profissionais que estão na ponta não apresentam a capacitação necessária para identificar esse tipo de situação.

Sabemos que a questão da saúde mental na Atenção Básica, passa necessariamente, pelo redimensionamento da relação saúde/doença, pela relevância dos vínculos entre profissionais de saúde e comunidade, pelo desenvolvimento de ações em perspectiva multidisciplinar e pela promoção de

saúde, visando a melhoria na qualidade de vida da população. No entanto, a inserção de ações de saúde mental no contexto da atenção básica ainda deixa muito a desejar (PAULON; NEVES, 2013).

Em Sobral, a Estratégia Saúde da Família é a principal proposta para compor a Atenção Primária à Saúde e o primeiro passo de aproximação do usuário com o Sistema de Saúde (BARROS, 2011). Antes da implantação da ESF, a distribuição de medicamentos em Sobral era centralizada onde hoje funciona o Centro de Especialidades Médicas (CEM), antes conhecido como PAM, de maneira centralizada. No presente, todas as Unidades de Saúde contam com sua farmácia, o que facilitou o acesso ao medicamento, fato esse, que pode justificar o aumento do consumo em muitos estudos.

Os Serviços de Atenção Primária à Saúde compreendem 48 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 28 Centros de Saúde da Família (CSF), 38 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 06 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), além dos Residentes em Saúde da Família e os Residentes em Saúde Mental, dois programas de Residência oferecidos pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia que está localizada em Sobral.

Com a implantação da Residência em Saúde Mental o município passa a contar com a contribuição dos residentes no território.

O apoio matricial tem um papel estratégico no contexto da saúde coletiva, visto que ele é concebido como organizador das ações em saúde mental na Atenção Básica (BRASIL, 2004). Em Sobral, algumas Unidades de Saúde têm o suporte do matriciamento ou apoio matricial; no entanto o matriciamento perdeu seu foco de capacitar profissionais no serviço através do acompanhamento de casos com o matriciador e tornou-se um atendimento ambulatorial, onde os psiquiatras atendem pacientes com demandas de saúde mental, sem uma discussão prévia com a equipe para a construção do conhecimento.

A Assistência em Saúde Mental no Brasil, mesmo após a reestruturação da assistência em decorrência da Reforma Psiquiátrica, ainda necessita de um alinhamento das práticas de saúde, principalmente na perspectiva da Atenção Primária à Saúde, no que diz respeito ao fenômeno da prescrição e consequente uso indiscriminado de medicações psicotrópicas. O real seguimento de normas de prescrição, a medicalização racional, o acompanhamento e compartilhamento de casos entre equipes de saúde mental e atenção básica são estratégias que

precisam ser revistas. Em nossa realidade a medicalização social é um fato que deve ter um olhar mais atento, em virtude do consumo elevado de psicotrópicos no município.

CONCLUSÃO

Ao chegarmos ao final de mais uma etapa desse processo de pesquisa, intentaremos nesse item resgatar a trajetória percorrida, respondendo aos objetivos aos quais nos propomos e aos futuros desafios que lançaremos a nós e a outros pesquisadores.

Resgatando nossa questão de pesquisa que foi analisar qual o contexto de vida das mulheres usuárias de benzodiazepínicos e antidepressivos que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde do município de Sobral. Consideramos que a mesma foi respondida, ao passo que identificamos diversos fatores do contexto de vida social e familiar que contribuem de forma considerável para esse fenômeno.

Diante da complexidade do fenômeno e da necessidade da compreensão do mesmo em números e letras, optamos assim, por utilizar os métodos mistos, gerando dados quantitativos e qualitativos. Assim, temos como dados quantitativos o perfil da usuária e do seu consumo, bem como dos medicamentos mais consumidos e como dados qualitativos os fatores desencadeadores do início do consumo.

O elevado consumo de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos por mulheres é uma realidade demonstrada em vários estudos, bem como o tempo de uso ultrapassando os limites considerados terapêuticos.

O perfil de nossa usuária demonstra o uso por mulheres acima dos 50 anos, casadas, com filhos, alfabetizadas e com baixa renda. Sobre o consumo a maioria faz uso do medicamento a mais de 5 anos, não realizou consulta nos últimos três meses e tem outras familiares que usam a mesma medicação.

O que nos inquietava era o contexto de vida dessa mulher e as entrevistas nos revelaram mulheres em sofrimento com maridos, filhos e outros familiares, que buscam na medicação uma forma de suportar toda carga de sofrimento que ela se impõe ou que lhe é imposta.

Por abordar apenas a realidade das mulheres residentes no município de Sobral, nosso estudo já encontra limites, apesar de nossos dados se assemelharem aos estudos realizados em outros períodos e outras realidades. O ambiente e a pressa de algumas mulheres durante a entrevista, devido a necessidade de cumprir os afazeres domésticos, por vezes foi um fator limitante durante a entrevista, pois o produto poderia ser em alguns momentos mais rico.

Enquanto partícipes desse processo não poderíamos deixar de relatar que as escutas durante as entrevistas não cumpriram apenas os objetivos da pesquisa. Todos que participamos da coleta de dados onde as mulheres narravam suas penosas vivências em seus lares, imbricados dos mais diversos sentimentos que iam do amor ao ódio, demonstravam suas faces tristes, suas marcas de violência, contavam-nos suas angústias, seus medos e seu consolo. Choros que nem sempre puderam ser contidos, mesmo na presença de algum estranho. Esses momentos foram extremamente importantes para nós enquanto profissionais e futuros profissionais de saúde, por nos proporcionar outro olhar sobre o outro, não fazendo pré-julgamentos sobre aquelas mulheres que só vão a Unidade para pedir remédio. Esse novo olhar ficou marcado em todos que participaram desse rico momento que a academia pode nos proporcionar.

Enquanto enfermeira, vejo que grandes são os desafios para nossa categoria, pois como gestores de cuidados, responsáveis diretos pelo acolhimento nas Unidades e também pela triagem, devemos nesse momento de cuidado, de acolhida, estarmos atentos não somente ao fato de proporcionar a essa mulher o acesso ao seu medicamento, mas sempre que possível fazer uma escuta mais qualificada sobre o **porque** do uso dessa medicação.

Muitas vezes uma escuta qualificada pode nos levar ao ponto de início do consumo e desta forma modificar nosso olhar para essa mulher, que muitas vezes é julgada pela sua procura pela medicação. Grupos de medicamentos tem tido sucesso em algumas Unidades de Saúde e vejo essa estratégia como um caminho positivo.

Não podemos esquecer que nesse contexto a medicação para muitas dessas mulheres é o combustível que as mantém vivas. Muitas não veem sua vida sem o medicamento.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) compreende um modelo de atenção à saúde no contexto da Atenção Básica em Saúde, que se estrutura na perspectiva do trabalho de equipes multiprofissionais em um território, desenvolvendo ações a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades da população deste território, proporcionando uma aproximação dos profissionais da população, promovendo o acesso aos serviços básicos e possibilitando o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários. Esse vínculo estimula a continuidade do cuidado e conseqüentemente a resolutividade dos problemas de saúde.

Como vimos a proximidade dos profissionais da ESF, do NASF e dos Residentes faz com que possamos ter um outro olhar para o usuário, pois cada vez percebe-se a importância de conhecer as necessidades não só de doença, mas de vida dos pacientes. Esse ponto ficou muito claro durante as entrevistas, quando percebemos que o maior adoecimento é familiar, amoroso e/ou social, e enquanto profissionais, precisamos modificar nosso olhar.

Mas, em que podemos ajudar? Em Sobral, temos uma Rede de Saúde Mental, uma Residência Multiprofissional de Saúde da Família, uma Residência em Saúde Mental. Esses profissionais já fizeram algum planejamento conjunto? De que maneira os residentes podem contribuir para redução desse consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos por essas mulheres?

Propomos uma diálogo mais próximo entre Atenção Básica, Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) e as residências. Temos um grande potencial de profissionais que parece estar subutilizado. Os residentes de Saúde Mental podem ser os timoneiros em grupos de escuta, de autocuidado voltados para essas mulheres. Muitas delas necessitam apenas de uma escuta, ou de troca de experiências para compartilhar seu sofrimento.

Nas Unidades de distrito visualizamos além dessas propostas, algo que envolva uma atividade laboral como cursos que as capacitem para uma atividade autônoma, pois em seus distritos a oferta de emprego é muitas vezes escassa.

Surge também como sugestão para o serviço de saúde mental na atenção primária, ampliar o matriciamento em psiquiatria como forma dos profissionais médicos avaliarem a real necessidade do consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos por essas mulheres.

Quais as diretrizes futuras para pesquisa? Reconhecemos a necessidade de mais pesquisas sobre a temática, principalmente as que compreendam a complexidade do fenômeno nas vertentes quantitativas e qualitativas, pois a maioria dos estudos encontrados, que não foram muitos, abordam os problemas vislumbrando apenas um tipo de abordagem.

Os resultados apresentados reforçam que é mister a necessidade de reestruturação da política de saúde mental, bem como farmacêutica, no intuito de realizar a prescrição somente as mulheres com indicações médicas para o uso de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos e que as prescrições sejam avaliadas e não apenas refeitas, replicadas ou transcritas, criando assim um ciclo vicioso.

Para disseminar o conhecimento adquirido pretendemos publicar em periódico de grande impacto os dados de nossa pesquisa, dar as devolutivas ao Núcleo de Estudos e Pesquisas (NEPS) da Prefeitura de Sobral que nos possibilitou a realização dessa pesquisa e fazer o compartilhamento dos dados encontrados com as equipes das Unidades Básicas participantes da pesquisa e para o Núcleo Gestor da Secretaria de Saúde do município de Sobral.

REFERENCIAS

ABI-ADIB, M. E.; MIRANDA, D. S. Em busca da plena inserção das mulheres na sociedade brasileira. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (orgs.) **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados: uma década de mudança na opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. Edições SESC, 2013. 504p.

ALMEIDA, H.B. As mulheres e as imagens de televisão. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (orgs.) **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados: uma década de mudança na opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. Edições SESC, 2013. 504p.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; GOYA, N.; MARTINS, T. J. **Organização da Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família no município de Sobral – Ceará – Brasil: princípios, avanços e desafios na perspectiva de produzir mudanças positivas na saúde**. Sobral-CE: Mimeo, 2004.

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

ARAÚJO, L. L. C.; OLIVEIRA, E. N.; ARAÚJO, G. G.; GOMES, F. R. A. F.; GOMES, B. V.; RODRIGUES, A. B. Distribuição de Antidepressivos e Benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família de Sobral-CE. **Sanare**. Sobral, v.11. n.1.,p. 45-54, jan./jun. 2012.

ASCOM. MP assina termo de adesão ao Programa Mulher Viver sem Violência. 11 nov 2013. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/servicos/asscom/destaques2.asp?cd=2674> Acesso em: 08 fev. 2014.

BANDEIRA, L. A violência doméstica: uma fratura social nas relações vivenciadas entre homens e mulheres. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (orgs.) **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados: uma década de mudança na opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. Edições SESC, 2013. 504p.

BECK, C.; GONZALES, R.; LEOPARDI, M. Detalhamento da metodologia. In: LEOPARDI, M. T. **Metodologias de Pesquisa em Saúde**. 2 ed. Florianópolis: UFSC, 2002, p.163- 182.

BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.D.; HALLAL, P. C.; LIMA, R.C. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev.Saude Publica**, v.38, n.2, p.228-238, 2004.

BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo. 4 ed. São Paulo: Terra e Paz, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 20 jun. 2012.

_____. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. Organizadores Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. Brasília: SENAD, 2010. 284 p. Disponível em: [http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados Estatisticos/Estudantes/328293.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/Estudantes/328293.pdf) Acesso em: 08 jun. 2014.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Tempos e Memórias do Feminismo no Brasil**. Brasília: SPM, 2010. 68 p

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: SPM, 2013a. 114 p.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. 1ª Impressão. Brasília: SPM. Novembro, 2013b. 170 p.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 77-93, 2007.

CAIXETA, C. C.; MORENO, V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2008; v.10, n.1, p. 179-188. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a16.htm> Acesso em: 10 jan. 2013.

CANABARRO, R. C. S; ALVES, M. B. Uma pílula para (não) viver. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 9, n. 3, set. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000300005&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 25 jan. 2013.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. **Interações [online]**.v.8, n.15, p. 37-64, 2008.

_____. _____. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n.1, p. 121-129, 2004.

CASTRO, G. L. G.; MENDES, C. M. M.; PEDRINI, A. C. R.; GASPAR, D. S. M.; SOUSA, F. C. F. Uso de medicamentos benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoe epidemiologia. **R. Inter**. v.6, n.1, p. 112-1223, jan-mar, 2013.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas públicas de saúde para mulheres no Brasil. *Cienc. e Saúde Coletiva*, 2009, v. 14, n.4, p. 1073-1083.

COSTA, A. O. Felizes, contentes e feministas. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (orgs.) **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados: uma década de mudança na opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. Edições SESC, 2013. 504p.

COUTO, M.T.; SCHRAIBER, L.B. Machismo hoje no Brasil: uma análise de gênero das percepções. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (orgs.) **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados: uma década de mudança na opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. Edições SESC, 2013. 504p.

CRESWEEL, J. W. **Projeto de Pesquisa: método qualitativo, método quantitativo e misto**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248p.

CUNHA, S. R. M.; NASCIMENTO, L.M. **Imagem da saúde: a medicalização da mulher em propagandas de fármacos do início do século XX**. Pesquisa desenvolvida fazendo parte do projeto: Perspectivas multidisciplinares em gênero, estudos culturais, artes e linguagem: Memória e desenvolvimento, sob a orientação da Profa. Dra. Luciana Marino do Nascimento. (2009).

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2 ed. rev. e ampliada. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves (org). **O Brasil Republicano: o tempo da ditadura – regime militar e movimentos sociais em fim do século XX**. Rio de Janeiro: Edições Civilização Brasileira, 2003.

FIRMINO, K. F. et al. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1223-1232, 2011.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

_____. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FORMIGA FILHO, J.F.N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (orgs). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.

FORTALEZA. CEARÁ. 2005. **Carta das Mulheres Cearenses ao Governo do Estado do Ceará**. Disponível em: <http://projetoofcdh.tripod.com/cartamulher.html>
Acesso em: 16 fev. 2014.

FORTE, E. B. **Perfil de consumo dos medicamentos psicotrópicos na população de Caucaia**. 2007. 38p. Monografia (Especialização em Assistência Farmacêutica). Escola de Saúde Pública, Curso de Especialização em Assistência Farmacêutica.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2009, v.11, n.2, p.424-428. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm> Acesso em: 14 jan. 2014.

FURUKAMA, T. A. *et al.* **Antidepressants plus benzodiazepines for major depression**. In: The Cochrane Library. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=492&id=CD001026&lang=pt&dblang=lib=COC&print=yes#> Acesso em: 25 mar. 2014.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A.; CARLINI, E.A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. **Rev Latinoam Enferm**. 2005,v.13, p. 888-95.

GARCIAS, C. M. M. et al. Prevalência de fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 7, p. 1565-1571, 2008.

GESTEIRA, S. M. A.; BARBOSA, V. L.; ENDO, P. C. O luto no processo de aborto provocado. **Acta paul. enferm**. [online]. 2006, vol.19, n.4, pp. 462-467.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIRÃO, G.G.S. M.; SOARES, M. N.M. **Sobral: História e Vida**. Sobral: Edições UVA, 1997.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Papel da Mulher de Camadas Populares de Manaus na Produção de Cuidados da Saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v.18, n.4, p.707-720. 2009.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HETEN, L. A. B. Iatrogenia farmacológica em psiquiatria. **J Bras Psiq**. V.43, n.1, p.11-17, 1994.

HORA, D. M. **Glossário do Grupo de Estudos e Pesquisas História, Sociedade e Educação no Brasil (HISTEDBR)**. Faculdade de Educação da Unicamp, 2006.

Disponível em:

http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_medicalizacao.htm

Acesso em: 10 fev. 2013.

HUF, G.; LOPES, C. de S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 351-362, abr./jun. 2000.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo populacional 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 dez. 2002.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados do Universo do **Censo Demográfico 2010**. Disponível em:

<http://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/tab1.pdf> Acesso em: 13 jan. 2014.

ILÍADA, I. Conhecer as mulheres brasileira para luta pela igualdade. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (orgs.) **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados: uma década de mudança na opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. Edições SESC, 2013. 504p.

ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina**. 2. ed. Rio De Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196 p. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologias de Pesquisa em Saúde**. 2 ed. Florianópolis: UFSC, 2002, 294p.

LIMA, M. C. P. *et al.* Transtornos mentais comuns e o uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 717-723, 2008.

LOPES, R. E. **O dito, o não dito e o bendito**: compreendendo o enfrentamento de mulheres familiares de usuários de droga. Sobral, 2012. 110f. Dissertação (mestrado). Programa de pós-graduação em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará.

LUCAS, A. C. S. *et al.* Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde na Universidade Federal do Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n.3, p. 663-671, mar. 2006.

MATTIONI, L.T.; RODRIGUES, R. R.; LIMA, S.F.; FRANZ, L.B.B.; HILDEBRANT, L.M. Prevalência do uso de benzodiazepínicos em uma população assistida por Programa Saúde da Família. **Rev. Contexto e Saúde**. v.5, n.1, p.43-50, jan./jun., 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 17 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 2010. 269p.

NOIA, A. S.; SECOLI, S. R.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIEBER, N. S. R. Factores 96ssociados aO uso de psicotrópicos entre ancianos residentes en la ciudad de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, 2012, v.46 (Esp), p.38-43.

NORDON, D. G. *et al.* Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev. Psiquiatria RS**, 2009, v.31, n.3, p. 152-158.

OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. **Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil**. 2007.

Disponível em:

http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/artigo_cientifico/ler_artigo_cientifico.php?id_artigo_cientifico=8 Acesso em: 25 jan. 2013.

OLIVEIRA, E. N. **Saúde Mental e Mulheres**: sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita. Sobral: Edições UVA, 2000. 152p.

OLIVEIRA, M. M. B.; JORGE, M. S. B. **Doente mental e sua relação com a família**. In: Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental. Encontro de especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. 1999, São Paulo. Anais.

ONARI, Pedro. **Fundamentação teórica – O luto na Estratégia Saúde da Família**. Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de São Paulo, Universidade Aberta do SUS.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informações-chave no município de São Paulo. **Rev.Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. Esp., p. 896-902, 2005.

PARECY, J.; OLIVIEIRA, L.A. O uso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade. **Unoesc & Ciência – ACHS**, Joaçaba, v. 1, n. 2, p. 183-190, jul./dez. 2010.

PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde mental na atenção básica**: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013. 151p.

PEDREIRA, C. S. Sobre mulheres e mães: uma aproximação à teoria do cuidado. **Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder**, Florianópolis, 2008. Disponível: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST58/Carolina_Souza_Pedreira_58.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2014.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, L. O. M. Rede Integral da Atenção em Saúde Mental de Sobral – CE. In: LANCETTI, A. **Saúde e Loucura**: saúde mental e saúde da família. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. N.7, p.167-197.

RIBEIRO, L. M.; MEDEIROS, S. M. De; ALBUQUERQUE, J. S.; FERNANDES, S. M. B. A. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2010, vol.44, n.2, pp. 376-382.

RIBEIRO, P. S. (2011). O papel da mulher na sociedade brasileira. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/sociologia/o-papel-mulher-na-sociedade.htm> Acesso em: 12 fev. 2014.

ROCHA, B. S.; WERLANG, M. C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciênc.**

Saúde coletiva [online], 2013, vol.18, n.11, pp. 3291-3300.

RODRIGUES, M. A. P; FACCHINI, L.A.; LIMA, M. S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública [online]**.v.40, n.1, pp. 107-114, 2006.

SALES, F.; SOUZA, F. C.; JOHN, V.M. O emprego da abordagem DSC (discurso do sujeito coletivo) na pesquisa em educação. **Linhas**. Florianópolis.v.8, n. 1, jan.-jun. 2007.

SANTOS, D. V. D. **Uso de Psicotrópicos na Atenção Primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da Clínica Ampliada: "uma pedra no sapato"**. Campinas, 2009. 96 f. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. .

SEMINELI, Lara Elena Ramos. Sobral: A definição das políticas públicas a partir da participação popular. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v.. 13, n.52, jan/junho, 2008.

SILVA, D. M. C. **Avaliação do consumo de medicamentos psicotrópicos no município de Pacatuba**. Especialização em Vigilância Sanitária. Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2009. 52p

SILVA, P. L. **As representações sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento**. Universidade Federal da Bahia. Dissertação de Mestrado em Psicologia. 2007. 205 p.

SILVA, T. M. G. Trajetória da historiografia das mulheres no Brasil. **Politeia: Hist. E Soc.** 2008.Vitória da Conquista, v. 8, n. 1, p. 223-231.

SOARES, V. Percepções e atitudes: ser mulher e participação política. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (orgs.) **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados: uma década de mudança na opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. Edições SESC, 2013. 504p.

SOBRAL (CE). **Plano Municipal de Saúde: 2009-2013**. Secretaria de Saúde e Ação Social. Sobral: Secretaria de Saúde e Ação Social, 2009. 72p.

SOUZA, A. R. L.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciênc. Saúde coletiva [online]**. 2013. V.18, n.4, pp. 1131-1140.

TAVARES, A. L. B. **Demandas e percepções do sofrimento psíquico entre usuários da Estratégia Saúde da Família.** Fortaleza, 2012. 175 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará.

TESSER, C. D. **Medicalização social e atenção à saúde no SUS.** São Paulo: Hucitec, 2010.

TISCOSKI, L. **O caminho da inclusão social da mulher.** Congresso em foco. 2006. Disponível em: <http://congressoemfoco.uol.com.br/opiniaoforum/o-caminho-da-inclusao-social-da-mulher/> Acesso em: 16 fev. 2014.

VALVERDE, O. **O luto não é uma doença mental para ser tratado com remédios antidepressivos.** Disponível em: <http://jornalciencia.com/sociedade/bem-estar/1438-o-luto-nao-e-uma-doenc...> Acesso em: 02 mar. 2014.

VENTURI, G.; GODINHO, T.(orgs). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados: uma década de mudança na opinião pública.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. Edições SESC, 2013. 504p.

WANDERLEY, T.C.; CAVALCANTI, A.L.; SANTOS, S. Práticas de Saúde na atenção primária e o uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v.12, n.1, p. 121-126, jan./ab., 2013.

WANNMACHER, L. Conduitas baseadas em evidências sobre os medicamentos utilizados em Atenção Primária à Saúde. In: BRASIL. **Uso racional de medicamentos:** temas relacionados. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
 MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – CAMPUS SOBRAL
 Avenida Cmde. Maurocéllo Roca Ponte, nº 100, Bairro Derby, Sobral – CE,
 CEP.: 62.042-280 Telefone: (88)3611-8000

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar de maneira voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, deverá assinar ou colocar sua digital ao final deste documento. As folhas serão rubricadas pelo pesquisador, e assinadas pelo mesmo, na última página. Este documento está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Pesquisa: **O CONSUMO DE BENZODIAZEPÍNICOS E ANTIDEPRESSIVOS POR MULHERES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Bruna Vieira Gomes (mestranda) – brunnapivatto@hotmail.com
 Geison Vasconcelos Lira (orientador) – vasconlira@gmail.com
 Eliany Nazaré Oliveira (co-orientadora) - elianyy@hotmail.com

Esta proposta de pesquisa tem como objetivo realizar um estudo sobre o consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos por mulheres na Estratégia Saúde da Família há mais de 12 meses.

Temos como objetivo geral: analisar o consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos por mulheres na Estratégia Saúde Família do município de Sobral – CE.

Sua participação acontecerá da seguinte forma:

Na primeira parte da pesquisa realizaremos uma entrevista baseada em um formulário com perguntas sobre dados socioeconômicas (sexo, idade, renda mensal, etc.) e sobre o seu padrão de consumo de medicamentos, nesse momento vale lembrar que essa entrevista não será gravada e poderá ser realizada por pesquisadores colaboradores.

Na segunda parte, caso seja selecionada, constará de uma entrevista com perguntas abertas a respeito dos fatores que desencadearam o consumo, nesse momento a entrevista será registrada por meio de um gravador. A entrevista será realizada pela pesquisadora principal.

Gostaríamos de deixar claro que os riscos relacionados a pesquisa serão de caráter intelectual por constrangimento caso os participantes se sintam incomodados com a perspectiva de responderem as questões que pode lhe trazer lembranças dolorosas de sua vida. O seu anonimato está garantido.

Como **benefícios** traremos a possibilidade dessas mulheres fazerem a partir de nosso estudo uma reflexão sobre o consumo de psicofármacos e quais os benefícios e malefícios que estes trazem para sua vida.

Os resultados do estudo serão divulgados durante a defesa de dissertação da mestranda Bruna Vieira Gomes do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família do Campus de Sobral. Garantimos que durante estas divulgações dos resultados seu nome será resguardado e a não ser que deseje não se

fará menção ao seu nome, curso do qual faz parte ou outros dados que identifique. Informaremos a data da apresentação do trabalho para que caso deseje possa comparecer.

Finalmente, que você entenda que a sua participação é livre e que a retirada de seu nome como informante não implicará em nenhum prejuízo. Também desejamos explicar que não haverá qualquer remuneração a ser paga por sua participação. Obrigada!

Para apresentar recursos ou reclamações em relação ao presente estudo, você poderá entrar em contato com a Secretaria do Comitê através do endereço Rua Comandante Maurocélvio Rocha, s/n, bairro Derby, Sobral-CE ou pelo telefone (88) ou com a responsável pelo estudo Bruna Vieira Gomes, telefone (88)9915-2131, residente na Rua Professor Saboia, nº 127, apto 401, bairro Junco, CEP. 62030-450, Sobral-CE.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____,
 RG _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Sobral, _____ de _____ de 2013.

Nome _____
 Assinatura do sujeito ou responsável _____
 Telefone para contato: (_____) _____
 Pesquisador Responsável: _____
 Pesquisador participante _____



APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA PARA ENTRADA EM CAMPO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – CAMPUS SOBRAL
Avenida Cmdte. Maurocélvio Roca Ponte, nº 100, Bairro Derby, Sobral – CE,
CEP.: 62.042-280 Telefone: (88)3611-8000

Sobral, 01 de Junho de 2013.

CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA ENTRADA NO CAMPO

De: Bruna Vieira Gomes

Para: Coordenação da Atenção Primária – Sobral - CE

Assunto: Solicitação de Pesquisa/ Validação de Instrumento de Pesquisa

Ilmo Coordenador,

Eu, Bruna Vieira Gomes, CPF 903.217.663-34, encontro-me cursando o Mestrado acadêmico em Saúde da Família Universidade Federal do Ceará sob orientação do Prof. Geison Vasconcelos Lira estarei desenvolvendo um estudo que visa analisar os fatores desencadeadores do consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos por mulheres na Estratégia Saúde Família do município de Sobral – CE.

A pesquisa realizar-se-á por meio de entrevista com as mulheres usuárias de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos por período superior a 12 meses. Não serão utilizadas expressões, comentários ou qualquer outra referência direta aos sujeitos da pesquisa.

Convém ressaltar que os participantes estão em situação de médio risco, porém asseguro o direito de não violação de privacidade destes sem que traga qualquer prejuízo para o desenvolvimento da pesquisa. Antes da realização da pesquisa propriamente dita faremos um estudo piloto para ver a exequibilidade de nosso formulário e de nossa entrevista com os sujeitos da pesquisa.

Informo que os resultados da pesquisa serão apresentados ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde da Família e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial de sua identidade.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção e compreensão dispensada.

Bruna Vieira Gomes

2. DADOS RELATIVOS AO CONSUMO

Início do consumo: 1- 1 ano 2- 2 a 3 anos 3 – 4 a 5 anos 4- mais de 5 anos

Medicação inicial: Diazepam Clonazepam Fluoxetina Outros _____
 Amitriptilina Imipramina Clomipramina Nortriptilina

Posologia: _____

Prescritor inicial: Médico do PSF Psiquiatra Outra especialidade _____

Medicação atual: Diazepam Clonazepam Fluoxetina Outros _____
 Amitriptilina Imipramina Clomipramina Nortriptilina

Posologia atual: _____

Prescritor atual: Médico do PSF Psiquiatra Outra especialidade _____

Como toma sua medicação? 1- Diariamente 2- De vez em quando 3 - Quando sente algum sintoma

Já tentou alguma vez interromper o uso? 1 – Sim 2 – Não

Teve sucesso nessa interrupção? 1 – Sim 2 – Não

Se não, qual motivo do insucesso? _____

Se faltar um comprimido o que você faz? _____

Pretende parar de tomar esse medicamento? 1 – Sim 2 – Não

De quanto em quanto tempo realiza consultas médicas? _____

Realizou consulta médica nos últimos três meses? _____

Mais alguém da sua família faz uso desse tipo de medicamento? _____ **Quem?** _____

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Pesquisa: **O CONSUMO DE BENZODIAZEPÍNICOS E ANTIDEPRESSIVOS POR MULHERES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Bruna Vieira Gomes (mestranda) – brunnapivatto@hotmail.com

Geison Vasconcelos Lira (orientador) – vasconlira@gmail.com

Eliany Nazaré Oliveira (co-orientadora) - elianyy@hotmail.com

Prezados colaborador,

Você foi escolhido para participar da segunda parte de nossa pesquisa, que é composta por essa entrevista com duas perguntas abertas. Informo que essa entrevista será gravada e em seguida transcrita para extrairmos os fatores desencadeadores do início do consumo de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos, conforme informamos no TCLE.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1. O que a levou a iniciar o consumo desse medicamento.**
- 2. Fatores podem ter contribuído para a continuidade do consumo.**

ANEXO