**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

REGINALDO TEIXEIRA MENDONÇA

**Representações de mulheres idosas usuárias de um
serviço de saúde: relações entre consumo de calmantes,
gênero e envelhecimento**

Ribeirão Preto

2005

REGINALDO TEIXEIRA MENDONÇA

**Representações de mulheres idosas usuárias de um
serviço de saúde: relações entre consumo de calmantes,
gênero e envelhecimento**

Dissertação apresentada ao
Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo
para a obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na
Comunidade.

Orientadora: Profa. Dra. Elisabeth
Meloni Vieira

Ribeirão Preto

2005

Mendonça, Reginaldo Teixeira

Representações de mulheres idosas usuárias de um serviço de saúde: relações entre consumo de calmantes, gênero e envelhecimento./ Reginaldo Teixeira Mendonça; orientadora Elisabeth Meloni Vieira. – São Paulo, 2005.

174 p.: il.; 29,7 cm

Dissertação (Mestrado – Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientadora: Profa. Dra. Elisabeth Meloni Vieira

1. Calmantes. 2. Envelhecimento. 3. Gênero.
4. Medicina popular

PREÂMBULO e AGRADECIMENTOS

Reduzir qualquer pesquisa a “feita”, “acabada”, “terminada”, seria colocar a estagnação e a objetividade como por si verdadeiras e imutáveis. Dizer também que a pesquisa se iniciou de um súbito pensamento, desligado de qualquer projeção anterior seria duvidoso. Para entender melhor como o interesse pelo tema pesquisado, ou melhor, para entender de como este tema me escolheu, passo na seqüência, a “me pesquisar”, “me investigar”, coisa difícil de fazer em um mundo fragmentado, que separa vida pessoal, profissional e estudo/pesquisa como se não se integrassem.

Tentarei responder uma pergunta que nos últimos dois anos me foi feita várias vezes: “Como cheguei a esta pesquisa?” Tenho consciência da dificuldade de responder por completo esta questão, mas não posso fugir do desafio de tentar responder.

Para isto terei que me remeter ao passado, à minha infância. Quando garoto (acho que tinha uns doze anos de idade), a duas esquinas de minha casa havia uma venda abandonada que ficava no final da rua. Um dia, passando em frente àquele lugar, subi os degraus que davam na porta e espiei, por uma fresta, para dentro da venda. Fiquei impressionado com a visão de um amontoado de livros jogados no chão, que havia sido de um falecido médico.

Como a venda abandonada era encostada a uma casa, perguntei a seus moradores se poderia entrar para ver aqueles livros e ao folheá-los notei que em alguns já não era mais possível saber o que estava escrito, devido ao mau estado de conservação. Eram livros de medicina e livros de literatura. Levei alguns para minha casa e comecei a observá-los com mais cuidado, principalmente o que achava interessante, que eram aquelas figuras anatômicas, dos músculos, do esqueleto humano.

Dentro de um dos livros achei um papel que me deixou curioso, perguntei para minha mãe e mais alguém o que era, mas ninguém soube me responder. O papel era um atestado que dizia mais ou menos assim: Atestado de defloração, fulana nascida no dia tal, filha de sicrano e beltrano apresenta hímen recentemente perfurado. No final estava datado e

assinado pelo médico. Eu não sabia o que era defloramento e muito menos hímen, mas fiquei impressionado alguns anos depois quando fiquei sabendo que atestados como aquele eram práticas comuns e também que aquele médico era o mais procurado na cidade.

Outra lembrança que tenho é que a uma esquina de minha casa tinha um prostíbulo. Os filhos das mulheres que moravam ali eram meus colegas de escola, meus amigos com os quais no final da tarde ia brincar, fazer coleção de papel de cigarro. Foi a mãe de um desses meninos que me contou o que era defloramento. Além disso, ela me relatou que estava morando no prostíbulo desde que o seu pai descobrira que ela não era mais virgem.

Outra recordação de minha infância é a da confiança de minha família nas medicinas populares. Meus pais sempre olharam com desconfiança a medicina oficial. Porém, ao mesmo tempo observo que receberam uma grande influência da medicina oficial. De certa forma acho que têm uma indecisão a respeito de qual terapia usar. Acreditavam que a medicina era boa e nos seus grandes feitos, não acreditavam era nos médicos.

Quando rabisquei as primeiras linhas do projeto de pesquisa para o mestrado não quis um estudo que distanciasse da sociedade, um estudo empírico restrito a um laboratório. Para mim, as divisões não são bem aceitas, as pesquisas têm que englobar a totalidade social. A esse respeito, lembro-me de uma lição dada por um pedreiro, meu vizinho, quando pediu para fazer uma conta matemática, verificando quantos azulejos com determinada área eram necessários para cobrir uma sala de cinco metros quadrados. Eu tinha mais ou menos uns dez anos de idade e logicamente não consegui fazer a conta. Então ele me apresentou, além da conta, uma crítica fundamental a respeito do ensino oficial: “– Ou a escola está construindo outro mundo ou destruindo o nosso. Um dia perguntei para um moço e ele me mostrou uma fórmula para uma coisa tão simples”. Isso me fez ver que o conhecimento produzido pelas escolas, muitas vezes, não estava interligado à sociedade, mas se distanciando dela. E meu projeto tinha que procurar se integrar com a sociedade.

O fato de ter morado perto de um prostíbulo me fez também refletir sobre a condição da mulher, seus mitos e medos. Acreditavam que se a mulher tivesse um relacionamento sexual era um problema da mesma forma que ficar sem ele também o era. Era só ver alguma mulher desmaiando que um dos comentários era freqüente: “é falta de homem”.

Como o filho mais novo era sempre a pessoa indicada para fazer companhia, pois uma presença sem manifestações de opiniões e perguntas era ideal, sempre que tinha algum doente na família, lá estava eu, servia para dar recados, chamar o médico ou alguém para levar o doente para o hospital. “Vai lá, sua tia tá doente, dorme lá”, assim diziam. Além disso, fiz companhia para uma viúva por alguns dias até ela se conformar com a morte do marido, penso eu.

Lembro que quando uma família tinha um doente mental em casa era como se fosse condenado, o doente era visto com todo o medo: “não dê as costas”, “não brinque com ele”, “não vá lá, tem um doído lá”. E em relação ao uso de calmantes, observava que todas as tristezas ou derrotas eram amenizadas por seu consumo.

Conversando com uma pessoa que usava calmante, ela me disse que consumia há muito tempo porque seu filho “era doido, ficava internado, era difícil”. Lembro-me de seu filho, quando supunham que estava bom diziam: “oh, cuidado, é melhor não confiar”. Ter qualquer problema mental era significado de perda de lógica, fazer parte de uma realidade incomum ou complexa aos olhos da população, era de certa forma um bom sinal de loucura. Além disso, ligada a essa lógica estava o bom sucesso dos “negócios”, “coisa dos homens”, quanto mais próspero mais se aproximava do ser lúcido ou racional. Portanto, o normal era o sujeito rico e trabalhador, e esse poderia ter sua palavra ouvida e ditar ordens.

Antes de iniciar esta pesquisa, apesar de a ter em mente, trabalhava em uma drogaria como farmacêutico e comecei a analisar as pessoas que consumiam calmantes. Observei que o uso destes medicamentos estava relacionado com os papéis sociais desempenhados pelas pessoas e com o passado. O consumo de calmantes era ora justificado pelos problemas com a família, ora pelas condições socioeconômicas, pela história de vida. Estas

observações me proporcionaram relacionar a vida social, a história de vida das pessoas com meus conhecimentos adquiridos no decorrer de minha vida.

Aproveitando este preâmbulo, faço os meus agradecimentos. Não quero me restringir às pessoas que estiveram recentemente relacionadas à etapa final deste texto, mas a todas as pessoas que estiveram relacionadas a esta pesquisa. Poderia fazer os agradecimentos de maneira formal como mandam os manuais, citando os nomes “mais importantes”, mas não seria possível por conceber a pesquisa como parte de um processo longo em que estiveram envolvidos inúmeros “colaboradores”.

Contudo, é necessário fazer alguns agradecimentos especiais: primeiro para as dezoito mulheres que entrevistei, cada qual com sua vida, suas singularidades. Os sofrimentos de cada uma permeados por minhas análises resultaram neste texto, que tem a pretensão de lhes ser útil. Meu muito obrigado a todas. Agradeço à minha família e à Jaqueline Luvisotto Marinho, pelo estímulo, amizade, carinho e confiança, e ao Departamento de Medicina Social, especialmente pela orientação do Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho.

SUMÁRIO

RESUMO	ix
ABSTRAC	x
1. INTRODUÇÃO	1
2. QUADRO TEÓRICO: REPRESENTAÇÕES SOBRE SAÚDE, DOENÇA E MEDICAMENTOS	12
2.1 Representações sociais sobre medicamentos: o popular e o científico	13
2.2 A linguagem disciplinar e o consumo de medicamentos	17
2.3 As classes populares e os medicamentos	23
2.4 Motivos do consumo de medicamentos: o social e biológico	31
2.5 Gênero e o uso de medicamentos	39
2.6 Envelhecimento e consumo de medicamentos	52
2.7 Psiquiatria e psicofarmacologia	59
2.8 O surgimento dos benzodiazepínicos	69
3. METODOLOGIA	74
4. DISCUSSÃO	90
4.1 Gênero, envelhecimento, psiquiatria e consumo de calmantes	91
4.2 Influenciado o consumo de calmantes	94
4.3 Idade e sua relação com os calmantes	97
4.4 Prescrições médicas e consumo de calmantes	101
4.5 As maneiras de uso de calmantes	105
4.6 Os fornecedores de calmantes: farmácias e drogarias	109
4.7 Cotidiano e consumo de calmantes	114
4.8 A família como espaço da doença e do uso de calmantes	123
4.9 Naturalizando o consumo de calmantes	126
4.10 Família, disciplina e consumo de calmantes	135
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
ANEXOS	170

RESUMO

MENDONÇA, R. T. **Representações de mulheres idosas usuárias de um serviço de saúde: relações entre consumo de calmantes, gênero e envelhecimento**. 2004. 170 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Os calmantes benzodiazepínicos são intensamente consumidos no mundo e no Brasil, principalmente por mulheres com idade igual ou superior a 60 anos. O consumo de calmantes envolve fatores sociais, econômicos e culturais, fazendo com que a maneira de utilização seja adaptada à realidade de determinados grupos sociais. Objetivando analisar essas questões, fizemos uso, através de abordagem qualitativa, de entrevistas semi-estruturadas com dezoito mulheres idosas, pertencentes a classes populares e consumidoras desses medicamentos há mais de um ano. Assim, observamos que o modo de consumo dos calmantes é construído socialmente e essa construção é formada através do tempo de uso, da aproximação com os serviços de saúde, da classe social à qual pertencem seus consumidores, da definição social do papel da mulher na sociedade (no sentido de gênero) e do envelhecimento de seus usuários, acompanhado de experiências e conhecimentos sobre os medicamentos. As mulheres entrevistadas mostraram ter autonomia e conhecimento sobre o uso dos calmantes, sentindo-se capazes de utilizar, indicar, emprestar, ou não, esses medicamentos, de acordo com suas concepções. Pudemos, portanto, observar e analisar as interações entre os diversos fatores – socioeconômicos e culturais, gênero e envelhecimento – envolvidos nesse processo de utilização de calmantes.

Palavras-chave: calmantes, envelhecimento, gênero e medicina popular.

ABSTRACT

MENDONÇA, R. T. **Representations of elderly women and users of a health service: relationship between consumption of tranquillizers, gender and aging.** 2004. 170 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Benzodiazepine tranquillizers are widely consumed throughout Brazil and the world in general, mainly by women sixty or older. This consumption involves social, economic and cultural factors, with use influenced by reality of determined social groups. Aiming to analyze these questions, through qualitative approach, semi-structured interviews were administered to eighteen elderly women belonging to popular classes, who had been using these medicines for one year or more. We observed that consumption patterns of tranquilizer use are constructed socially and this construction is dependant upon the length of time of use, access to health services, their social class, social definition about the gender in society and the aging process. The construction is also influenced by experiences and knowledge about medicines. The interviewees showed that they possessed autonomy and knowledge about tranquillizer use, feeling able to use, to recommend, to lend, or not, these medicines, in accordance with their conceptions. Therefore we are able to observe and analyze the interactions between several factors – socio-economic and cultural, gender, and aging – involved in the process of tranquillizer use.

Key-words: tranquillizers; aging; gender; folk medicine.

1. INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos envolve não apenas seu lado técnico e químico, mas também complexa rede de fatores que estão relacionados às características socioculturais de determinados grupos sociais e a suas maneiras de representá-las. Nesse contexto, estudamos o medicamento alopático, composto por substâncias consideradas químicas e analisamos representações e concepções produzidas por seus consumidores, buscando dessa forma entender as ligações entre ciência e cultura produzidas por determinada sociedade. O presente trabalho estuda as interferências da medicina oficial nas concepções dadas aos medicamentos por seus consumidores, especificamente, aos calmantes¹.

Em nossa pesquisa escolhemos entrevistar pessoas que fazem uso dos medicamentos pertencentes ao grupo farmacológico dos benzodiazepínicos, utilizados como sedativos, relaxantes musculares, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, tendo como apresentação a forma de comprimido. Dentre esses os mais populares são diazepam (Valium), bromazepam (Lexotan), lorazepam (Lorax). São medicamentos psicotrópicos ou psicofármacos, isto é, agem sobre o sistema nervoso central. Escolhemos tal grupo de medicamentos devido, além de outras fatores, à sua importância como terapia medicamentosa nos transtornos mentais, por seus efeitos nocivos ao organismo, por serem mundialmente e no Brasil um dos grupos de medicamentos mais consumido. Os fatores são ainda mais relevantes tratando-se de envelhecimento e pessoas do sexo feminino, questões discutidas neste trabalho. Observamos que o uso de calmantes benzodiazepínicos está ligado a processo comunicativo existente fora dos consultórios médicos, e que a sociedade desenvolve mecanismos para organizar e orientar o uso desses medicamentos. A comunicação foi analisada em outros trabalhos, como o de Ferreira (1998) e Silveira (2000). Segundo estes autores, vários mecanismos podem interferir em suas percepções, tais como a propaganda da indústria farmacêutica, dos meios de comunicação, dos valores morais e estéticos, no sentido de difundir a concepção do que é ser normal.

¹ O termo calmante é a denominação dada aos tranqüilizantes ou benzodiazepínicos.

O público investigado foi composto por mulheres consideradas idosas. O termo idoso é utilizado como marcador de idade, cujo significado dado, no Brasil, é de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos². É significativo lembrar que nem todos os países estipulam essa idade para ser um idoso, sendo que muitos países considerados desenvolvidos adotam a idade de sessenta e cinco anos. As mulheres entrevistadas são usuárias de benzodiazepínicos ou calmantes há mais de um ano, pacientes psiquiátricos do Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto, localizado no setor Sumarezinho e ligado à Unidade de Saúde Distrital do Sumarezinho – Centro de Saúde Escola “Joel Domingos Machado” (CSE - Cuiabá) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Esse serviço atende o público do Distrito Oeste da cidade de Ribeirão Preto-SP (cerca de 126 000 pessoas), oferecendo tratamentos semelhantes ao ambulatorial. Realizamos a pesquisa nesse local por se tratar de um serviço público de saúde que oferece terapias relacionadas ao uso de tais medicamentos, por sua função pedagógica (desenvolvimento de pesquisas, aperfeiçoamento profissional de estudantes, etc.) e pelo fato de estar vinculado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O Núcleo de Saúde Mental atende pessoas com transtornos emocionais e de comportamento (distúrbios de atenção, ansiedade, fobia, depressão e outros)³, transtornos emocionais decorrentes de disfunção, lesão ou doenças orgânicas, e pessoas com dificuldades comportamentais associados a perturbações fisiológicas (sonambulismo, terror noturno, disfunção sexual, etc.). A dispensação de medicamentos é feita pela farmácia do CSE (Centro de Saúde Escola), localizada próxima ao Núcleo.

Este trabalho discute como gênero, classe social e envelhecimento podem contribuir para que o uso de medicamentos seja particularizado a determinado grupo social. O envelhecimento é visto por nós não como uma etapa, mas como uma construção do tempo. Não é necessariamente

² Essa idade é estipulada pelo Estatuto do Idoso (Lei Federal de nº 10741, de outubro de 2003).

maturidade, mas marca a vida social e cultural de cada um. Nesse sentido, procuramos ver o passado dessas pessoas como marcas de seu presente. E buscamos, na concepção de tempo dada por Elias (1998), fundamentos para nossa discussão: tempo visto como construção de conhecimento, de aprendizagem, de localização de si. Assim, não temos somente uma velhice, mas a velhice que o tempo de cada um faz: a velhice daquele que tem um filho com doença mental, do desnutrido na infância, do solitário, do pobre, da dona de casa, do agricultor, do negro, branco, vítima de violência doméstica.

Nessa pesquisa não nos restringimos, para explicar e analisar nosso objeto de estudo, a um modelo teórico e a uma linha de pensamento. Procuramos identificar e responder de forma complexa todas as questões relevantes ao tema, tornando possíveis reflexões e discussões a propósito de gênero, envelhecimento e representações sobre saúde e doença. Criamos assim ambiente que busca identificar e compreender quais as concepções dadas aos calmantes, quais as interferências da medicina oficial em suas concepções, como dificuldades sociais induzem ao consumo de calmantes, como as questões socioeconômicas interferem no modo de usar o medicamento, como são silenciados os problemas sociais através da medicina e dos calmantes, como o envelhecimento e o gênero interferem nas concepções e nos modos de utilização dos calmantes, como os usos dos medicamentos prescritos pela psiquiatria estão concebidos num processo histórico, social e cultural em que estes são (re)significados por prescritores e consumidores.

Para entendermos o papel da classe social nas concepções dadas aos calmantes, temos que primeiramente compreender como as classes sociais são formadas, quais seus valores, como as pessoas se relacionam em um universo simbólico, entre si e com indivíduos de outras classes sociais. Para isso recorreremos ao conceito de *habitus* dado por Bourdieu (1998a), que não é entendido no mesmo sentido de hábito, que seria espontâneo, repetitivo, mecânico, automático, reprodutivo. *Habitus* é o que se adquiriu, fixado no corpo, é durável, incorporado e aparentando-se inato,

³ Não são atendidas as pessoas com dificuldades emocionais e de comportamento decorrentes de drogadição e que envolvam questões graves da alçada social e/ou cidadania.

são as nossas condições sociais produzidas porque são reflexos de nossa própria produção. São as marcas que cada classe social produz em seus componentes, identificando-os através de sua linguagem, seus valores, seus conhecimentos, fazendo com que haja diferenças simbólicas entre as diversas classes sociais.

Procuramos interpretar cada palavra, cada frase de nossas entrevistadas não simplificando, não objetivando (daí a ênfase na abordagem qualitativa). Procuramos compreender sua cultura, seu universo de símbolos. Cultura é aqui compreendida na concepção de Geertz (1989): são símbolos construindo a realidade, é um conjunto de significados que as próprias pessoas constroem e se identificam e se prendem, permitindo aos indivíduos e a determinado grupo interpretar suas experiências e coordenar suas ações.

Trabalhamos somente com mulheres, utilizando abordagem que as integrasse na concepção de gênero e não restritas a um dado ou ao sexo. Essa preferência foi devida ao uso de calmantes não estar somente ligado a fatores biológicos do sexo das pessoas, mas a construções sociais. Quanto ao gênero, vemos que é formado por construções sociais, é como os papéis sociais dos diferentes sexos são definidos através do tempo e em cada grupo social, como cada papel é determinado na família (LOURO, 1997). Desse modo, observamos que construções sociais como o papel da mulher dentro da casa, de esposa, dona de casa, cuidadora, entre outros, interfere no uso de calmantes. Essas questões são discutidas com mais profundidade neste trabalho.

Observamos também certas pesquisas epidemiológicas e empíricas sobre uso de benzodiazepínicos ou calmantes, definindo melhor os efeitos desses em seu uso contínuo crônico, em mulheres e pessoas com idade igual ou acima de sessenta anos. Os medicamentos alopáticos, como os calmantes, estão envolvidos em um emaranhado de questões que ora contribuem para seu consumo, ora dificultam.

Partimos do pressuposto de que o medicamento alopático ultrapassa sua relação de produto unicamente científico ou químico e ganha na sociedade novas representações e significados, isto provavelmente

acontecendo de acordo com o ambiente cultural e social no qual seus consumidores estão envolvidos. O medicamento alopático é participante do processo de cura proposto pela medicina oficial ou científica⁴, garantidor do poder hegemônico da medicina oficial frente às medicinas populares. Através de suas prescrições, realizadas pelos médicos, o medicamento alopático garantiu tal poder (PIGNARRE, 1999).

Nesse sentido, Foucault (1987a) afirma que a medicina científica criou uma linguagem técnica e incompreensível para os doentes. Para o autor, o olhar clínico se concentrou na doença e em seus sintomas, procurando assim visualizar e entender os detalhes das enfermidades, sendo que o corpo do doente foi fragmentado para ser mais bem visto. O corpo não é visto como um todo, mas por suas partes doentes. Para a efetivação desse olhar clínico, o advento dos hospitais foi para Foucault (1987a) primordial. Foi através do isolamento dos doentes em hospitais que o olhar clínico pôde se efetivar sobre os detalhes da doença.

De acordo com Capra (1991), o modelo biomédico atual foi fundado sobre base mecanicista ou cartesiana, que busca o máximo de objetividade. O corpo passou, a partir deste modelo, a ser dividido e equiparado a uma máquina, e a doença, a um mau funcionamento da parte considerada afetada dentro deste maquinário. A enfermidade então deu lugar à doença localizada, a medicina se restringiu a um olhar fragmentado apoiada por diagnósticos objetivos, não a visualizando como parte de uma totalidade envolvida por interligações e interdependências entre fenômenos sociais, biológicos, psicológicos e ambientais. Além disso, Capra (1991) nos diz que as diversas áreas da medicina não apresentam comunicações entre si.

De acordo com o mesmo autor, a medicina psiquiátrica procura diagnosticar os distúrbios emocionais e comportamentais com objetividade, apesar de uma relação médico/paciente ser carregada de emoções e subjetividade. E quando os médicos não conseguem esta objetividade nos

⁴ Montero (1985, p.35), descrevendo o trabalho de Lycurgo dos Santos Filho, afirma que esse tentou periodizar a medicina no Brasil em três fases: fase colonial, caracterizada pelo predomínio no período do Brasil colônia, da medicina indígena, africana e jesuítica; fase pré-científica, centrada no início do século XIX com o aparecimento das primeiras escolas de Medicina (Rio de Janeiro e Bahia) e dos primeiros periódicos especializados; fase

diagnósticos, em oposição a necessidade de seus pacientes, lhes apelidam de hipocondríacos, ignorando a diversidade de fatores relacionados ao adoecer.

Nossa pesquisa tem como objetivo entender como mulheres idosas concebem os calmantes e compreender suas concepções ou representações sobre esses medicamentos. Além disso, interessa compreender as representações do processo saúde-doença elaboradas pelas pacientes de acordo com seu contexto social e identificar a influência da medicina oficial, alopática ou científica na elaboração de conceitos sobre medicamentos alopáticos, especificamente sobre os calmantes ou benzodiazepínicos.

Para isso, analisamos as diversas formas de representação, discutindo seus vínculos com as concepções populares de medicina e/ou com as concepções oficiais (BOLTANSKI, 1984; ALVES; SOUZA, 1999). Segundo Boltanski (1984), essas concepções podem ser reveladas de maneira singular, e são dependentes das compreensões e comportamentos sobre o cuidar do corpo de cada classe social.

Como aponta Pignarre (1999), portanto, o medicamento alopático faz parte de um processo de socialização, no qual o social se relaciona com o científico. Para o autor, o medicamento, quando entra no meio social, distancia-se do discurso científico (produzido e compreendido pelo laboratório farmacêutico). O distanciamento é garantidor do poder médico e da medicina oficial sobre os pacientes. São os médicos quem têm a autoridade para prescrevê-los ou receitá-los. Assim, o medicamento acaba por se transformar em um fetiche para a sociedade, por ser visto como um objeto composto por dons mágicos ou sobrenaturais, possuindo significados diferentes daqueles do meio científico. Vemos, então, segundo Pignarre (1999), que os medicamentos são compreendidos ou interpretados pela sociedade de maneira particular, o que não é previsto pelos laboratórios farmacêuticos.

Segundo Di Stasi (1996b), existe intenso uso de medicamentos alopáticos na atualidade. E as dificuldades de planejar projetos e pesquisas inibem estudos sobre as plantas medicinais e sua orientação para o uso. No entanto, para o autor, os medicamentos mais consumidos no Brasil são aqueles de base natural e não química. Isso se justifica pelo fato de a maioria da população, que tem menor poder aquisitivo, usá-los mais freqüentemente. O que se supõe é que os medicamentos de base natural completem as terapias dessas pessoas. Além disso, o autor ressalta a falta de integração entre realidade social, econômica e cultural no processo de cura de doenças, visto que nem sempre a medicina alopática é aceita por alguns grupos sociais, ou é inviável quando se leva em conta suas condições socioeconômicas.

Segundo Singer (1988), a medicina oficial descarta outras formas de tratamento, como a medicina popular, notando-se aumento da medicalização alopática. Para o autor, uma das causas do aumento é a transformação, por parte da medicina oficial, das condutas em sintomas medicalizáveis. As manifestações das insatisfações sociais sobre o comportamento da sociedade foram transformadas em sintomas medicalizáveis. O autor cita como exemplo o aumento das pessoas com transtornos mentais. Ocorreu, em relação à doença mental, a ampliação da incidência de diagnósticos⁵, sendo esses muitas vezes errôneos. Tornaram-se dignas de medicalização as insatisfações pessoais, oriundas de contradições sociais, muitas vezes de pessoas com dificuldades de relacionamento pessoais, como as que quebraram normas, tabus, ou aquelas consideradas indisciplinadas.

Observa-se que o monopólio da medicina alopática foi adquirido através de processo histórico, no qual predominaram contradições (SINGER, 1988), dissimuladoras dos conflitos sociais e anuladoras das medicinas populares. Dentre as diversas formas de lidar com a saúde e a doença, além da alopática, podemos notar os processos de cura dos herbanários, dos curandeiros, das benzedadeiras, dos pais-de-santo, da homeopatia. Porém, a

⁵ Segundo Singer (1988), a doença mental é com freqüência mais notada pelas pessoas que circundam o doente e se sentem perturbadas do que pelo próprio doente e pelos médicos. Isso resultaria em diagnósticos imprecisos. Assim, a hospitalização e o uso de medicamentos pelos doentes dependeriam dos valores e normas dados pela sociedade. .

medicina oficial ou alopática teve e continua tendo apoio do Estado para garantir predomínio exclusivo, discriminando e concorrendo com a medicina popular (PEREIRA NETO, 2001), formando uma cadeia de submissão à ciência médica (OLIVEIRA, 1998a), que associa a medicina popular ao passado, ao atraso, ao subdesenvolvimento (LOYOLA, 1984a).

Esse processo de discriminação da medicina popular pode ser notado em diversos fatos na nossa história: nas invasões dos lares pelas normas médicas, pela cultura européia, pela medicina elitista dos brancos, pelas mudanças de hábitos nos processos de cura de enfermidades no século XVIII (COSTA, 1983); pelas manifestações, como a Revolta da Vacina no começo do século XX, no Rio de Janeiro, na qual as classes populares ganharam o sinônimo de classes perigosas, produtoras de doenças (CHALHOUN, 1996; PEREIRA, 2002); pelo discurso da purificação da raça através da eugenia (MARQUES, 1994; CORRÊA, 1998); pelas leis apoiadas pelo Estado, que afirmam a legitimidade da medicina oficial (FOUCAULT, 1987a; PEREIRA NETO, 2001); pelo incentivo, por parte do Estado, à produção de medicamentos alopáticos pela indústria farmacêutica e pelo apoio médico nas prescrições de tais medicamentos (BARROS, 1983; CORDEIRO, 1984). Portanto, notamos que a aliança entre Estado e medicina oficial é produtora de discriminações sociais. Isso nos faz supor que tais discriminações interferem na percepção das pessoas sobre os medicamentos. Nesse sentido, podemos citar o medo ou a desconfiança que algumas pessoas possuem do medicamento, fazendo com que não o utilizem, assim como as desigualdades sociais que fazem com que nem todas as pessoas possam comprar os medicamentos pertencentes à medicina oficial.

Podemos ilustrar vários significados dados à medicina oficial e comportamentos de recusa por parte de alguns grupos sociais: o medo das pessoas de tomarem vacinas, como aconteceu na Revolta da Vacina, as baixas coberturas vacinais, o medo das injeções, etc. Contudo, temos o uso de medicamentos como frisadores de discriminações, entre os quais podemos citar os medicamentos utilizados para se alcançar a estética desejada, medicamentos esses que colaboram para que o corpo gordo e

velho seja discriminado, medicamentos que fortalecem frases como “é gordo e velho quem quer”.

Porém, autores como Di Stasi (1996a), Ferreira (1998), Alves e Rabelo (1995), Loyola (1984a, 1984b), Oliveira (1998a), Minayo (1999), entre outros, mostram a persistência da medicina popular nas várias esferas da sociedade brasileira, sendo que as características sociais e culturais de cada grupo social interferem e criam concepções sobre questões relativas ao processo saúde/doença. Isso quer dizer que as representações são moldadas de acordo como o meio social e cultural, onde, possivelmente, o medicamento alopático será conceituado diferentemente do conceito dado pela medicina científica.

No entanto, Illich (1975) nos diz que a medicina passou a ter um excesso de controle, sobre a dor e suas angústias, deixando a sociedade sem reação, sem sentir o que se está passando, tornando-a apática e insensível à realidade, fazendo com que os explorados não produzam uma resposta. O consumo de medicamento foi banalizado, adentrando todos os setores da vida e inclusive da morte, visto que as terapias visam “segurar” o indivíduo o máximo possível, ditando qual a hora que ele deve morrer.

Como as mulheres entrevistadas são pacientes psiquiátricos, foi necessário abordar a interferência da psiquiatria nas concepções dadas aos medicamentos. Portanto, vimos como a psiquiatria contribui para as concepções dadas aos calmantes benzodiazepínicos. De acordo com Perrusi (1995), devido a psiquiatria estar mais próxima do meio social ela consegue se legitimar, interferindo na vida cotidiana e nas concepções sobre saúde e doença das pessoas, assim como esses interferem nos discursos dos médicos psiquiatras, observamos como os pacientes estão influenciados pelos serviços de saúde.

Os medicamentos alopáticos compõem a forma de tratamento de enfermidades mais destacada no meio científico. E é escasso, porém, o seu estudo no meio social, ficando mais concentrado ao plano biológico (PIGNARRE, 1999). Procuraremos concentrar nosso estudo nas questões mais relevantes relacionadas ao consumo de calmantes, buscando compreender como o social, o econômico e o cultural moldam a maneira de

usar os calmantes. E também como os médicos que prescrevem esses medicamentos se relacionam com a realidade dos pacientes.

2. QUADRO TEÓRICO: REPRESENTAÇÕES SOBRE SAÚDE, DOENÇA E MEDICAMENTOS

2.1 Representações sociais sobre medicamentos: o popular e o científico

Discutiremos a seguir interpretações de alguns autores sobre representações sociais do processo saúde/doença e seu envolvimento com as concepções sobre medicamentos. Sendo os medicamentos participantes desse processo, provavelmente as concepções que a população tem sobre os mesmos são correlativas ou integrantes das representações sobre saúde/doença. Para interpretar os significados que os medicamentos recebem no meio social devemos partir do conhecimento da realidade de seus consumidores. Veremos que esta realidade é construída a partir da vida cotidiana de cada pessoa, por uma ordem simbólica, construída pela comunicação entre os sujeitos, sejam eles vizinhos, amigos, parentes, médicos.

Segundo Minayo (1999), as representações sociais sobre saúde/doença são expressas de duas formas: como expressão social e individual e como expressão de contradições sociais. As representações sociais serão construídas através da compatibilidade lingüística entre os sujeitos de determinado grupo social. Para a autora, as representações sociais são produzidas pela linguagem do senso comum, presente nos diversos grupos sociais e são construídas pela interação entre as estruturas sociais e comportamentos sociais. No “senso comum os atores sociais se movem, constroem sua vida e explicam-na mediante seu estoque de conhecimentos” (MINAYO, 1999, p.173). A doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social. Cada sociedade possui um discurso “sobre saúde/doença e sobre o corpo, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social” (MINAYO, 1999, p.176).

Minayo (1999) afirma que a relação saúde/doença, enquanto fenômeno social, possui esquemas internos de explicações. Porém, cada grupo social tem uma representação particular. Isso acontece devido à sua posição social, a seus interesses específicos e aos relacionamentos entre si.

As representações sobre saúde e doença são originadas tanto do contato das pessoas com especialistas de cura (tanto populares quanto científicos) como também a partir das experiências cotidianas, expressas através do senso comum. Conclui que, tanto a população como os especialistas, são mutuamente integrados no processo de representação da saúde e da doença.

No entanto, como lembra Boltanski (1984, p.76)¹, a linguagem do senso comum se concentrara nas classes populares. Para o autor, a distância entre as classes sociais leva à comunicação fragmentada e parcial; exemplo disso é a aquisição do discurso médico pelas classes populares. Tal aquisição o autor chamou de ‘redução analógica’, “as passagens das categorias da medicina científica às categorias da medicina popular”. Para isso, as classes populares utilizam o recurso da “sinonímia, ou da homonímia do termo emprestado e desconhecido, com outros termos conhecidos”, isso é, as classes populares utilizam termos médicos como sinônimos de termos conhecidos, ou como termos que possuem fonéticas assemelhadas². Além disso, Boltanski (1984) afirma que os termos médicos são melhor compreendidos pelas classes altas devido à sua maior frequência aos consultórios médicos e pelo seu melhor nível de escolaridade comparada às classes populares³. O mesmo fenômeno foi observado por Oliveira (1998a, p.89)⁴, que aponta que a apropriação de termos médicos pelos integrantes das classes populares tem o fundamento de promover o desaparecimento da figura de ‘leigo’, como forma de diminuir a “distância entre o paciente e o médico”. Isso, no entanto, não torna estes termos

¹ Pesquisa sobre o uso do corpo nas diferentes classes sociais, realizada na França, década de 1970.

² Por exemplo, faz-se uso de termos médicos como sinônimos dos termos populares quando são foneticamente assemelhados (sinonímia), ou quando são de significados diferentes, mas com a mesma pronúncia (homonímia).

³ Para uma melhor leitura sobre as diferenças de classe social e universo simbólico ver Bourdieu (1998 a, 1998b). O autor diz que posição da classe alta na estrutura social é mantida por características simbólicas. Os sujeitos da classe alta participam de um universo simbólico diferente daqueles da classe baixa como melhores escolas, ambientes de luxo, etc. Isso irá favorecer o domínio de sua posição e de seu espaço. A linguagem elitista não seria compreendida com nitidez pelas classes baixas, o que dificultaria adentrarem aos lugares freqüentados pela elite e se elevarem na hierarquia social.

⁴ Pesquisa realizada no Brasil, sobre representações das doenças por benzedadeiras.

menos importantes, pois o campo da saúde é formado por um processo de interação entre o popular e o científico, que abarca

[...] uma variedade de fenômenos e de profissionais formados pela tradição cartesiana, mágica e religiosa, que ora as negam, ora produzem pontos de intersecção com outras tradições e formas de produção de conhecimentos do mundo, revelando a complexidade das soluções à saúde como construções culturais que coexistem, lado a lado, com aquelas identificadas como científicas, mesmo com a extensão dos serviços de saúde até às classes subalternas (OLIVEIRA, 1998a, p.78).

Para Kleinman (1988), o médico transforma o que o paciente diz em termos técnicos, assim como os pacientes também traduzem os termos médicos para a sua própria linguagem. A doença, para os médicos (*disease*), é o que ele vê através de sua forma particular, isto é, através de seu aprendizado acadêmico, formal, técnico. A doença, para o paciente (*illness*), é referida como ele categoriza seus sintomas e incapacidades de acordo com o contexto sociocultural, o que faz uma explicação acessível para o grupo social ao qual pertence; é a doença entendida pelo senso comum. Assim, o paciente transforma *disease* em *illness* e o médico transforma *illness* em *disease*. Além desses dois termos, a doença quando ganha conotação social é vista como *sickness*. Isto ocorre é quando a doença se apresenta no plano macrossocial (político, econômico e institucional), isto é, compartilhada e organizada tanto pelo médico como pelo paciente.

Para Alves e Souza (1999), os serviços de saúde contribuem para a formação de concepções de saúde e doença, fazendo com que indivíduos ou grupos sociais avaliem, escolham, recusem ou adiram a determinadas formas de tratamento. Isto é, essas concepções influenciam no itinerário terapêutico, uma vez que existem uma variedade de tratamentos passíveis, tanto no modelo biomédico como fora desse (como os mágico-religiosos) e todos os tipos de tratamento influenciados pelos contextos socioculturais e econômico em que ocorrem. Logo, somente a disponibilidade de serviços de

saúde não é suficiente para que sejam utilizados, devendo antes ser aceitos, sendo que um dos motivos que explicam a utilização ou não de certos serviços são as diferenças entre o conhecimento científico e o popular.

Além do mais, boa parte das análises acerca de definições populares sobre doença e processos terapêuticos partiu de uma crença não questionada no modelo biomédico, como se fosse o único existente. Conseqüentemente, ao explicar as ações dos indivíduos, atribuíram excessiva ênfase à racionalidade do modelo biomédico, com o qual se contrastavam os processos lógicos do conhecimento leigo (ALVES; SOUZA, 1999, p.127)

A doença ultrapassa os limites do corpo individual para se colocar no social, no coletivo. A enfermidade é construída a partir de definições e de comunicações, em um ambiente intersubjetivo. O doente e aqueles que estão envolvidos (familiares, amigos, vizinhos e terapeutas) “formulam, (re)produzem e transmitem um conjunto de soluções, receitas práticas e proposições genéricas, de acordo com o universo sociocultural do qual fazem parte” (ALVES; RABELO, 1999, p.171). Isto é, (re)produzem conhecimentos médicos, fazendo do uso da metáfora uma forma rica de expressão de sua vida, que expressa a criatividade e a sensibilidade do doente e daqueles que o rodeiam, revelando o cotidiano, o senso comum, os significados das doenças e as práticas utilizadas para alcançar as curas.

Nas narrativas de aflição, as metáforas desempenham um papel central: constituem estratégias de inovação semântica, que estendem sentidos habituais para domínios inesperados, oferecendo assim uma ponte entre a singularidade da experiência e a objetividade da linguagem, das instituições e dos modelos legitimados socialmente. Tecidas em uma narrativa, as metáforas dão forma ao sofrimento individual e apontam no sentido de uma determinada resolução desse sofrimento: permitem aos indivíduos organizar sua experiência subjetiva, de modo a transmitir aos outros – familiares, amigos, terapeutas – e a desencadear nestes uma série de atitudes condizentes com a nova situação apresentada (ALVES; RABELO, 1999, p.173-174).

Neste sentido, os usuários dos serviços de saúde podem ter concepções sobre saúde e doença diferentes das dadas pela medicina oficial. Sendo o medicamento utilizado como objeto de cura de doenças e de manutenção ou prevenção da saúde, pode também possuir diversas concepções nos diferentes grupos sociais. Nota-se que as idas e vindas dos usuários pelos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, como farmácias, hospitais e postos de saúde, fazem com que haja uma fusão de conhecimentos, apesar de que, muitas vezes, um não compreenda o outro. Nesse sentido, podemos afirmar utilizando Lévi-Strauss (1970), que esses indivíduos realizam uma espécie de bricolage⁵.

Assim, os usuários dos serviços de saúde juntam fragmentos neste fluxo de ir e vir por estes locais, adaptando, transformando e criando um universo de significações, de analogias, de metáforas. Fragmentos estes que são adaptados à realidade social de cada um, influenciada por um coletivo, pelos meios de comunicação de massa, pela propaganda de medicamentos, por uma mídia que incentiva o consumo de medicamentos e sua coisificação (LEFEVRE, 1999).

2.2 A linguagem disciplinar e consumo de medicamentos

Utilizando as famílias de baixa renda como objeto de estudo, Romanelli (1999) aponta que essas possuem um repertório cultural específico, tendo concepções peculiares sobre saúde e doença, diferentes daquelas da medicina científica, dificultando, assim, um diálogo entre as famílias e os serviços de saúde, levando à contraposição entre conhecimentos populares e científicos e à não aceitação dos tratamentos oferecidos pela medicina científica, enquanto a medicina não compreende seus integrantes. As conseqüências da inviabilidade do diálogo são,

⁵ Bricolage é utilizado por Lévi-Strauss (1970) para designar o pensamento “selvagem”, para nos dizer que este não é menos, nem mais objetivo, coerente e lógico do que o pensamento científico, que somente são formas diferentes de se pensar, que um não é estágio do outro. A bricolage consiste em utilizar fragmentos e resíduos de acontecimentos, fazendo uso do acaso e do imediato.

segundo Romanelli (1999), conseqüências de uma origem política, relacionada aos direitos e deveres promovidos pelo Estado, à promoção de serviços e de seu consumo, à estrutura interna da família, como a organização doméstica, à divisão sexual do trabalho, assim como às relações com a parentela e com a vizinhança. Um dos fatos apontados por Romanelli (1999) são as transformações que estão ocorrendo no âmbito familiar, sendo uma delas as conseqüências do individualismo, que está rompendo a solidariedade existente na família, questionando sua estrutura. A mulher, apesar de ainda ter como função a prestação de cuidados à saúde da família, devido às transformações impostas pelo mercado de trabalho, vem tendo seus papéis questionados. Assim, as concepções sobre saúde e doença possuem caráter individual e social, como também popular e científico.

A causa da doença, em sua expressão individual e social, pode ser culturalmente explicada pela linguagem como doenças exógenas e/ou endógenas. As primeiras são as ‘doenças que vêm de fora’, causadas por fatores externos ao corpo, que são compreendidas como agressivas e opressivas ao modo de vida. São “pensadas sobretudo a partir da sociedade, isto é, do desequilíbrio entre as relações sociais de determinado grupo e dele com o seu meio” (MINAYO, 1999, p. 178).

Foi as doenças endógenas, do ponto de vista do senso comum, seriam as doenças causadas pela hereditariedade, pelo castigo divino. Doenças que, do ponto de vista médico, são relacionadas aos processos biológicos. Estes significados culturais informam e se referem

[...] (a) à visão do mundo; (b) a atitudes coletivas face à infelicidade dominadora; (c) ao ‘pecado’ que se personaliza na doença, isto é, ao rompimento do homem com limites dados pelas regras e normas da sociedade, freqüentemente traduzidas em códigos morais ou religiosos; (d) ao corpo doente como espaço do ‘horível’ (MINAYO, 1999, p.177).

Como Foucault (1987a, 1987b) havia demonstrado, a disciplina imposta aos corpos a partir dos séculos XVIII e XIX manipulou o

comportamento humano. A sociedade capitalista desenvolveu mecanismos disciplinadores que levaram ao controle dos movimentos dos corpos, buscando tornar sua aparência estética socialmente aceitável. O corpo passou a fazer parte de uma estratégia biopolítica: observado, individualizado, analisado com o máximo de racionalidade possível. Através dos hospitais, o ancoradouro do olhar clínico, tornou-se evidente tal estratégia. Nesse contexto, a medicina moderna se concretizou através da fragmentação do corpo, de seu isolamento, da classificação dos sintomas. O desenvolvimento dessa medicina foi contemplado pelos avanços tecnológicos, das cidades, das indústrias (inclusive da indústria farmacêutica)⁶. Porém, não só o corpo doente passou por um processo de normalização, mas toda a sociedade. A normalização era assegurada pela internalização da disciplina, usando estratégias para veicular o olhar vigilante e punitivo a todo ambiente social. Assim, a força política dominaria o espaço social, anulando sua representação, deixando o corpo dominado e dirigido à promoção do progresso da modernidade.

Segundo Foucault (1987a, 1987b), a medicina procurou objetivar a doença, e é essa que receberá a maior atenção: o doente será reduzido à sua doença. O corpo doente foi isolado da vida social, as normas e regras médicas, aliadas ao poder político, anularam a linguagem e o poder de expressão do doente para dar lugar à objetividade médica. Cada doença ganhou um especialista, um profissional resumido às partes do corpo. A totalidade do homem tornou-se inviável para a medicina, ela esquartejou o homem, seu olhar está concentrado nas partes. Porém, esse olhar não se reduziu ao corpo, ele adentrou nos lares, no trabalho, classificando e posicionando cada sujeito na sociedade⁷. Ainda, de acordo com Foucault

⁶ Para Montero (1985), o processo de urbanização ocorrido no Brasil no século XIX fez com que a medicina científica se sobrepusesse às medicinas populares. Sua tradição adquirida no meio rural foi dissipada nas cidades, com apoio do catolicismo, que condenava os saberes populares.

⁷ A essa posição podemos acrescentar as diferenças sociais e econômicas entre médicos e pacientes de classe baixa. Diferenças que afetam o próprio entendimento sobre as doenças. Assim, segundo Adam e Herzlich (2001), os indivíduos possuem seus próprios meios de decodificar ou explicar sintomas de acordo com suas raízes culturais. Explicações que nem

(1987b), a medicina ajudará a posicionar cada indivíduo na sociedade. Ser indisciplinado tornou-se motivo para o uso de medicamentos. O uso de tranqüilizantes, medicamento que retira a agressividade social, ajuda a adaptar seus usuários às normas sociais.

Deleuze e Guatarri (1995) dizem que qualquer linguagem é uma imposição, uma ordem, autoritária e normatizadora, é marcador de poder.

A linguagem não é mesmo feita para que se acredite nela, mas para obedecer e fazer obedecer (...) A ordem não se relaciona com significações prévias, nem com uma organização prévia de unidades distintas, mas sim o inverso. A informação é apenas o mínimo estritamente necessário para a emissão, transmissão e observação das ordens consideradas como comandos. É preciso estar suficientemente informado para não confundir *Au feu!* (Fogo!) com *au jeu!* (Jogo!)...(DELEUZE; GUATARRI, 1995, p. 12)

Assim, como Deleuze e Guatarri (1995) dizem, a linguagem é também dinâmica, variável, caminha sempre de um lugar a outro, sendo assim deformada e recriada. A linguagem pode ser transformada a cada momento, como pode acontecer através do fluxo de aquisições e mutações pelos serviços de saúde, não se podendo determinar o lugar exato em que nasceu, não informando, mas ditando normas, regras.

A linguagem não se contenta em ir de um primeiro a um segundo, de alguém que viu a alguém que não viu, mas vai necessariamente de um segundo a um terceiro, não tendo, nenhum deles, visto. (DELEUZE; GUATARRI, 1995, p. 13-14).

Em um dizer a outros sem saber de onde nasceu, os serviços de saúde 'doam' termos à sociedade. Dizeres que utilizam palavras de ordem, que exprimem transformações marcadas pelo imediato, estritamente datadas e validadas, denominadas por Deleuze e Guatarri (1995) como transformações incorpóreas. Por exemplo, enquanto o envelhecimento não é

sempre são compreendidas pelos médicos, principalmente se não participam do universo

uma transformação incorpórea, a aposentadoria o é. Nos hospitais é fácil ver a promoção de transformações incorpóreas, a morte, as normas de uso de medicamentos, o passar do ser saudável ao doente. Hospital que muitas vezes se assemelha a um castelo kafkiano, lugar minado pela burocracia, pela angústia, pela não resolução, pelo domínio do 'outro', pela busca por novas etapas, pela vontade de se libertar⁸.

No entanto, ao mesmo tempo em que a doença produz significações, ela pode ser espaço de produção de poder. E na medicina, o hospital, segundo Foucault (1987a), é o lugar onde este poder irá mais se expressar, sendo a doença o elo que se teria para dominar e comandar e distanciar o doente de seu cotidiano, reduzindo-o a sua doença. Fora permitido criar uma linguagem diferente daquela usada pelo doente, porém, o doente, a nosso ver, também terá um novo lugar para fundir suas concepções e suas defesas, como Lévi-Strauss (1970) refere quando nos dizem que o "selvagem" também se defende e lança, inquietante, um olhar crítico sobre o 'outro'. Relacionando com a relação médico-paciente, podemos supor que a linguagem médica é a linguagem "estranha" que o doente recusa, aceita, obedece, nega.

As práticas discursivas que fixam normas, elaboram conceitos e teorias, que permitem exclusões e escolhas. Segundo Foucault (1997b, p. 12) as

[...] práticas discursivas não são pura e simplesmente modos de fabricação de discursos. Ganham corpo em conjuntos técnicos, em instituições, em esquemas de comportamento, em tipos de transmissão e de difusão, em formas pedagógicas, que ao mesmo tempo as impõem e as mantêm (FOUCAULT, 1997b, p.12).

A linguagem como marcador de poder pode possuir várias dimensões, muito bem explicadas por Bourdieu (1983a, p. 105) através do conceito de *habitus*. Assim, para este autor, existe um *habitus* lingüístico, como um produto das condições sociais, que está também ajustado às regras do mercado, um mercado lingüístico, ou seja, a formação de um

cultural e de classe do doente.

⁸ Referência ao livro *O castelo* de Franz Kafka.

capital lingüístico. Os discursos são característicos das diferentes classes sociais, a noção de competência é substituída pela de capital lingüístico: a linguagem fala sem comunicar.

Para Castiel (1999), mesmo internamente, o saber médico é muito variável e incerto, podendo ser definido por diferentes pontos de vista. Isto quer dizer que um modelo lógico e racional não é suficiente para produzir certezas ou seguranças dos tratamentos médicos propostos. Citando o exemplo de um diagnóstico de anemia, ele nos diz que na fisiologia a doença se reduz a níveis inadequados de dosagens rotineiras laboratoriais, sintomas e sinais superficiais, ou mesmo, como uma fusão entre componentes médicos e percepções populares. Neste sentido, podemos concluir que o medicamento não é diferente, além de ser um produto que está em constante teste farmacológico, vistoriando seus efeitos colaterais (efeitos nocivos ao corpo), eles podem provocar efeitos iatrogênicos. Sendo, também, um mesmo medicamento utilizado para diversas enfermidades, isto possivelmente leva, dentro da própria medicina, a concepções diferentes sobre os medicamentos, ilustrando desta forma a variabilidade do saber médico.

Podemos observar que as distâncias relativas da linguagem utilizada nos serviços de saúde e pelas pessoas que requisitam seus serviços não anulam uma comunicação subjetiva, cheia de analogias e metáforas. Isto é caracterizado pelo universo cultural no qual o doente está inserido, caracterizando a linguagem como uma força dinâmica, que mesmo não sendo compreendida, produz significados e conceitos, representa o dia-a-dia de cada um. Essa não compreensão, como vimos, pode ser uma forma de ganho de capital, assim como preservar o conhecimento para determinada classe social ditar ordens, mostrar-se autoritária.

Assim, supomos que o medicamento possa proporcionar canais de abertura ao imaginário popular e à linguagem, fundindo-se com as 'aquisições' científicas, em laços que não apenas unem o científico ao popular, mas formam uma comunicação entre as classes sociais.

2.3 As classes populares e os medicamentos

Cardoso e Gomes (2000), utilizando abordagem histórico-social, pontuam os princípios de todo estudo que trabalha com representação social sobre saúde e doença: (a) diferentes grupos sociais possuem diferentes concepções sobre a etiologia da doença, que são diferentes da lógica do saber médico; (b) os fenômenos corporais são interpretados de acordo os meios sociais e culturais, referentes a um universo simbólico; (c) o saber médico é centrado na interpretação de sintomas e na categorização desses de acordo com os fundamentos das ciências biológicas, enquanto o saber do doente está relacionado ao seu universo cultural; (d) o sentido de saúde e de doença não se reduz ao saber médico, ele se relaciona ao senso comum, na construção mútua entre pensamento popular e erudito; (e) o modelo biomédico também gera correntes de narrativas, a população o assimila e lhe dá sentido de acordo com seu universo cultural e social.

Já Minayo (1999) demonstra que as representações sociais são formadas por contradições, pela interação dos grupos sociais, pela coletividade, pelo processo de produção de mercadorias. Para a autora, as representações sociais de saúde/doença são expressões de contradições sociais, produzidas pelas desigualdades socioeconômicas e culturais entre as classes sociais, promovidas pelo modo de produção capitalista. Portanto, o indivíduo reproduz suas percepções, seus pensamentos (que nem sempre se mostram de forma consciente) de acordo com fatores sociais, econômicos e culturais.

As Representações Sociais não são necessariamente conscientes. Perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual, que se reproduz e se modifica a partir das estruturas e das relações coletivas e dos grupos. Por isso, embora essas categorias apareçam elaboradas teoricamente por algum filósofo, elas são uma mistura das idéias das elites, das grandes massas e também das filosofias correntes, e expressão das contradições vividas no plano das relações sociais de produção. Por isso mesmo, nelas estão presentes elementos tanto da dominação como da resistência, tanto

das contradições e conflitos como do conformismo (MINAYO, 1999, p.174).

Sob essa perspectiva, Oliveira (1998a) observou as diferenças entre o saber do médico e das benzedeiras e constatou que essas possuem autonomia para classificar e diagnosticar as doenças⁹, remédios e alimentos. Isso também pode significar a existência de confrontos entre a medicina popular e a científica, procurando assim legitimar o seu saber, significando que tanto os conhecimentos produzidos na cultura popular e pela academia constroem racionalidade e operam com a abstração.

As benzedeiras interpretam as doenças de médico como enfermidades que requerem a aplicação de medicamentos industrializados, como a penicilina, o antialérgico, o analgésico, e envolvem as noções de febre, de contágio, de repouso e de cirurgia (OLIVEIRA, 1998a, p.44).

De acordo com Oliveira (1998b), o discurso da cultura erudita é adquirido de forma desigual entre as diferentes classes sociais, e o saber dominante discrimina o saber popular. Esse ponto de vista é reafirmado por Minayo (1999) quando trata das classes trabalhadoras *versus* classes dominantes e seus discursos produzidos pelo senso comum.

Apesar de reconhecer o poder médico e subordinar-se à medicalização, elas possuem uma visão crítica, a partir da experiência, tanto dos profissionais e sua técnica como do sistema de assistência e serviços de que fazem uso. Por isso reinterpreta o esquema racionalizado, usam-no de acordo com seus interesses imediatos e concepções particulares e não legitimam totalmente o saber médico. Sua relação com a medicina oficial é sempre precária, provavelmente perpassada, junto com a crítica ao sistema dominante, pelas crenças e tradições, pela prática da medicina caseira e/ou religiosa que fazem parte de seu imaginário social vinculado à experiência cotidiana. Desta forma, a partir do senso comum elas resistem não apenas à linguagem erudita: contraditoriamente aceitam e recusam o lugar 'material' que os donos dos meios de produção

⁹ Segundo Oliveira (1998a), existe divisão entre doenças que os médicos podem tratar e as doenças que as benzedeiras tratam. As benzedeiras reconhecem o saber médico e estabelecem limites para o seu.

atribuem à sua vida, isto é, o de força ou instrumento de trabalho (MINAYO, 1999, p.195).

Observamos que as desigualdades sociais são promotoras de percepções particulares no que condiz à saúde e à doença. Percepções que são singulares de acordo com as características sociais, culturais e econômicas de cada grupo social, podendo afirmar o poder de uma classe social sobre outra, suas discriminações, seus saberes. Diferenças que podem ser apoiadas pelo Estado. Para Foucault (1987b), mesmo os episódios de doenças epidêmicas foram usados como recurso para disciplinar e impor o poder elitista e do Estado à sociedade. A desobediência às regras impostas era vista como promotora de epidemias. Como os integrantes das classes baixas eram vistos como indisciplinados, eles eram a causa das epidemias. Isso fazia fortalecer o discurso elitista, inclusive dos médicos, sobre o comportamento das pessoas. Buscava-se internalizar e impor culpa àqueles que não respeitavam as regras sociais, transferir a culpa de “desordem” e das doenças a certos grupos sociais. Citando o exemplo da peste negra, Foucault (1987b) diz:

Atrás dos dispositivos disciplinares se lê o terror dos ‘contágios’, da peste, das revoltas, dos crimes, da vagabundagem, das deserções, das pessoas que aparecem e desaparecem, vivem e morrem na desordem (FOUCAULT, 1987b, p.164).

Nesse contexto, Chalhoub (1996, p.174) descrevendo as epidemias do Brasil no século XIX e XX, ressalta que as classes baixas foram consideradas as culpadas pela transmissão de doenças, pela pobreza do país. A isso o autor relaciona as discriminações aos pobres, considerados indisciplinados e improdutivos, perigosos, causadores de doenças, o que, desse modo, promoveria espaço para a medicina científica agir de acordo com o pensamento elitista, acoplar um discurso racista, impor seus métodos e contribuir com o surgimento de revoltas¹⁰. Assim, o autor nos diz:

¹⁰ O autor cita como exemplo a Revolta da Vacina, desencadeada devido às divergências políticas e sociais. Para o autor, a Revolta da Vacina não foi apenas devido à imposição do

Os pobres são construídos como o recheio da expressão 'classes perigosas', e a impossibilidade de delimitar com precisão as fontes das ameaças à ordem social é o próprio centro da definição de um novo projeto de ordenamento social (CHALHOUB, 1996, p.174).

Segundo Birman (1991), a representação social faz parte de duas realidades, a social e a psíquica. Realidades criadas a partir de uma ordem simbólica, pela compatibilidade lingüística e histórica de determinada comunidade. A produção de significados é construída pela integração social (que é intersubjetiva), mas se expressando objetivamente.

[...] linguagem é a matriz originária e o instrumento primordial onde se modelaram os conceitos da realidade social e da realidade psíquica, que são constituídas como campos de objetividade pela ordem simbólica (BIRMAN, 1991, p.8).

Segundo o autor a base positivista ou naturalista que formou a medicina não possibilitou incorporar críticas a seu modo de tratar as doenças. Ficou limitada a suas técnicas, não se ampliando para uma visão social. Persistiu como medicina insuficiente e limitada, que não enxerga a variabilidade de conceitos e atitudes sociais e individuais. Para ele, a contribuição das representações sociais é a de permitir o entendimento dessa variabilidade de conceitos e atitudes, de reconhecer o singular, as diferenças, as diferenças no social e no psíquico, de ampliar os saberes médicos, pois "os saberes biológicos não podem solucionar os inúmeros impasses colocados pelas concepções de enfermidade, de normalidade e de anormalidade nas quais se destacam a diversidade e a diferença" (BIRMAN, 1991, p.17).

A realidade do psiquismo de cada indivíduo deve ser investigada. As doenças podem receber diversos significados apoiados no psiquismo de cada pessoa. É também através do psíquico que o simbólico irá se revelar. O discurso sobre o corpo doente está inserido em uma realidade simbólica.

poder pela medicina científica, mas a insatisfações sociais, como discriminações e dificuldades econômicas das classes baixas.

Realidade que nem sempre é comunicável. Como diz Birman (1991 p. 21): “o indivíduo pode adoecer e até mesmo morrer por impasses inscritos na ordem simbólica, pela impossibilidade de regular pela palavra as excitações do seu corpo, como ocorre nas perturbações psicossomáticas”.

Ocorre que, para Minayo (1999), a realidade psíquica ou individual é pouco significativa frente à realidade social. Para a autora, a doença tem inicialmente caráter individual, pois é o indivíduo em si que adoece, portanto, seu vínculo com o social não é inicialmente explícito. Mas, por esse indivíduo fazer parte de uma totalidade social, ele é julgado e analisado pela coletividade. A doença ultrapassa o corpo individual e começa a fazer parte da coletividade, do nível social, sendo as causas das doenças explicadas como quebra de regras, desobediência, como castigo divino. Nesse contexto, segundo a autora, o significado dado à doença abrangerá as relações sociais e a sociedade. Assim ela afirma:

A linguagem da doença não é, em primeiro lugar, linguagem em relação ao corpo, mas à sociedade e às relações sociais. Seja qual for a dinâmica efetiva do “ficar doente”, no plano das representações, o indivíduo julga seu estado, não apenas por manifestações intrínsecas, mas a partir de seus efeitos: ele busca no médico (ou no correspondente a ele em cada sociedade) a legitimidade da definição de sua situação. Disso retira atitudes e comportamentos em relação a seu estado e assim se torna doente para o outro: para a sociedade (MINAYO, 1999, p.177).

Nesse sentido, o corpo pode ganhar, através do senso comum, vários sentidos, que são construídos de acordo com a realidade de cada grupo social ou cada sociedade. Assim, o corpo dos ‘mais velhos’ ou dos idosos pode ser caracterizado como de pessoas fracas, improdutivas e feias. Isso ocorre porque os padrões de estética estão orientados para conceber as pessoas jovens, magras, esbeltas e sem rugas como norma de beleza. Como Minayo e Coimbra Júnior (2002) dizem que a:

[...] visão depreciativa dos mais velhos tem sido, através dos tempos modernos, alimentada profundamente pela ideologia ‘produtivista’ que sustentou a sociedade capitalista

industrial, para qual, se uma pessoa não é capaz de trabalhar e de ter renda própria, de pouco ou nada serve para sua comunidade ou seu país (MINAYO e COIMBRA JÚNIOR, 2002, p.16).

Notamos, assim, ligação entre mercado, medicina e Estado. Ligação essa que desconhece as peculiaridades sociais e as diversas representações populares sobre doença e saúde (MINAYO, 1999), que cria valores, normas sociais e conceitos sobre estética, produtividade e progresso (FOUCAULT, 1987b), sendo orientados pelas classes altas, monopolizadoras do saber médico, que promovem a hegemonia da medicina científica frente à popular (BOLTANSKI, 1984; MINAYO, 1999). Classes essas que procuram internalizar nas classes baixas o sentimento de culpa pela existência de doenças (FOUCAULT, 1987b; CHALHOUB, 1996). Portanto, a medicina tornou-se parcial, não eqüitativa, não universal. A idéia de progresso, do domínio da morte pelas novas descobertas, pelas tecnologias desconhece a realidade na qual o doente está inserido (MINAYO, 1999).

Sob essa mesma perspectiva, Ferreira (1998) relata como moradores de uma vila de classe popular de Porto Alegre concebem o medicamento: os anticoncepcionais são vistos como espécie de barreira mecânica e não química; os anti-hipertensivos são considerados bons para os rins por fazerem urinar; os vermífugos são usados na fase da lua minguante por acreditarem que, nessa fase, tudo diminui; acreditam que quanto mais rápido fizerem o tratamento, mais rápido se curarão; os medicamentos são tomados em horários diferentes daqueles prescritos pelos médicos, as injeções são, também, consideradas mais eficientes do que os comprimidos e xaropes; é considerado importante tomar o vidro inteiro do medicamento, independente do número de dias prescritos pelos médicos, os medicamentos de cor são considerados mais eficientes do que os 'incolores'. Assim, o paciente controla seu processo de cura de acordo com suas concepções sobre doença e saúde, e sobre os medicamento.

O doente passa a controlar seu processo de cura à medida que decide quanto, quando e como tomar sua medicação. Da mesma forma, seleciona os medicamentos prescritos mediante o auxílio de familiares, vizinhos e balconistas de farmácia (FERREIRA, 1998, p.54).

Para Oliveira (1998a, p.75), as concepções sobre medicamentos são moldadas de acordo com o universo cultural. A autora constatou que as benzedeiras, quando se apropriam de medicamentos industrializados, dão-lhes significados diferentes daqueles usados na medicina científica. Os medicamentos são vistos apenas como uma das alternativas de cura, nem sempre considerados a melhor opção, preferindo-se por exemplo, o uso de ervas. Para a autora, ocorre um processo de trocas e de interação dos conhecimentos. Tanto a medicina popular se apropria de medicamentos da medicina científica, quanto essa se apropria daqueles da medicina popular¹¹.

Para Loyola (1984a, 1984b), porém, além da interação entre os saberes populares e científicos sobre as terapias das doenças, nota-se ambiente de concorrência, ocorrendo tanto um em oposição a outro, como internamente entre os vários subgrupos de cada saber. É criado um ambiente de disputa de espaço e forças, buscando aumentar seu domínio, sua clientela¹². Assim, o 'saber terapêutico', seja popular ou científico, está inserido nas contradições sociais, na luta por sua existência. Nesse contexto, o saber da medicina erudita busca sua hegemonia pela oposição entre o científico e o popular.

Na luta pela existência, Loyola (1984b) diz que ocorre divisão dos tipos de doenças em que cada um está especializado. Para os membros da medicina popular as doenças consideradas do espírito são de seu domínio¹³,

¹¹ Segundo a autora, a medicina científica se apropria de plantas medicinais da medicina popular, industrializando-as. Ganham novos usos, novos significados e aparências, sendo vendidas na forma de comprimidos, drágeas, tinturas. Uma apropriação que favorece a hegemonia da medicina científica e o aumento da lucratividade industrial.

¹² Loyola (1984b) constatou, em seu trabalho realizado na periferia da cidade de Nova Friburgo –RJ, que a busca de clientela faz surgir uma linguagem de julgamento: disputam qual é o melhor pai-de-santo, qual o melhor terreiro, criticam a medicina erudita; os pastores criticam as mães e pais-de-santo; os médicos condenam as curas populares como superstições, etc.

¹³ A doenças consideradas do espírito são, muitas vezes, as doenças mentais da medicina científica. Podem ser consideradas como um feitiço de outro, como falta de equilíbrio

enquanto as doenças consideradas do corpo são tratadas com medicamentos receitados por médicos. Portanto, a escolha do tratamento médico dependerá do conceito de doença e da forma de diagnosticá-las que as classes populares terão.

Oliveira (1998b) constatou, em seu trabalho, que as doenças são também classificadas pelas classes populares em fortes ou fracas. Para algumas pessoas, segundo Oliveira (1998b), a doença é sinônimo de fraqueza. A doença forte é aquela que impossibilita trabalhar, que precisa de tratamento médico. Enquanto as doenças fracas podiam ser curadas com tratamentos populares, em casa com um simples 'chazinho'. O dualismo entre fortes e fracos também está presente nos medicamentos. As injeções que provocam dores são consideradas fortes e, por isso, eficientes, melhores para tratar as doenças do que comprimidos e xaropes¹⁴. Desse modo, as concepções sobre doença e medicamentos das classes populares podem interferir sobre o seguimento dos tratamentos médicos. Exemplo disso é não ir ao médico quando doentes¹⁵.

É através das representações simbólicas que os medicamentos serão também interpretados pela população. Será através da compreensão do cotidiano de cada um dos entrevistados, na sua posição na hierarquia social, do seu universo simbólico, que encontraremos suas particularidades sobre o uso dos medicamentos. Representações que podem influenciar o seu consumo, seja na forma de automedicação, no uso excessivo, na sua não aceitação, etc. A maneira de conceber e tratar o corpo com medicamentos e o conceito de saúde e de doença refletirão sobre o porquê do uso e sobre a maneira de usar os medicamentos.

espiritual. As pessoas que as tratam na medicina popular estão geralmente vinculadas ao saber religioso: mães ou pais-de-santo do candomblé ou da umbanda; pastores protestantes, entre outros (LOYOLA, 1984b).

¹⁴ A autora também notou o uso simultâneo de medicamentos populares com os industrializados ou científicos. Exemplo disto é o hábito de "tomar chá com AAS e tomar remédios após benzeduras" (OLIVEIRA, 1998b, p.91), assim como guardar os medicamentos prescritos pelos médicos e usá-los, posteriormente, para outras finalidades.

¹⁵ Autores como Boltanski (1984) e Loyola (1984a, 1984b) dizem que as doenças dos homens das classes populares são tidas como repentinas, violentas. A isso os autores relacionam o fato de que os homens escondem a doença por medo de serem ridicularizados como fracos.

2.4 Motivos do consumo de medicamentos: o social e o biológico

No processo de produção de medicamentos as pesquisas são restritas aos laboratórios, não sendo considerados os aspectos sociais e culturais de seu consumo. Nesse contexto, Pignarre (1999), que investiga o processo de circulação, produção, mercado e prescrição de medicamentos e a distância que este processo proporciona aos consumidores de medicamentos, afirma:

O medicamento entra na segunda esfera de sua circulação sob a forma de prescrição. Esta esfera não funciona como um mercado, como tampouco a primeira. Se esta era denominada pelo personagem do quase-vendedor, um novo personagem aparece na segunda esfera: o paciente que está na posição de quase-comprador. Portanto, uma distância máxima terá se estabelecido entre os dois: eles não se vêem jamais. Quando se cruzam na sala de espera do médico, são como desconhecidos. Eles foram desligados, desconectados pela própria organização da circulação (PIGNARRE, 1999, p.103).

O medicamento é manipulado pelo autoritarismo médico, pelos especialistas, através de dispositivos jurídicos, nos quais o paciente perde sua autonomia (FOUCAULT, 1987b; PIGNARRE, 1999). A linguagem médica é distanciada dos pacientes, o que cria dependência desse em relação ao médico. A definição da diferença entre o normal e o patológico é deixado para o médico. Os médicos são os ditadores de ordem e normas para os pacientes, através de suas prescrições. Nesse sentido, o conhecimento da sociedade sobre os medicamentos é ignorado pelo saber médico, que "irá permitir a singularização do medicamento. Essa singularização deve ser levada a sério: ela ocorre em cada caixa de remédio, em cada receita" (PIGNARRE, 1999, p.104).

Assim, o medicamento, é construído como meio de afirmar a autoridade, a técnica e o monopólio de quem os produz ou prescreve, pois seu caminho percorrido até chegar ao meio social é estranho e alheio a seus consumidores.

Esse mundo de valores de uso, tal como é criado pelo medicamento no cumprimento de sua vida social, é um mundo estranho, extraordinariamente técnico e autoritário, já que os processos de universalização são inseparáveis das qualidades técnicas dos produtos. Isso confere todo o poder aos que são seus 'especialistas' (PIGNARRE, 1999, p.114).

Para este autor, a medicina alopática estuda o medicamento em termos de efeito químico, ignorando os efeitos que podem adquirir no meio social. Para o autor, ocorreu a quantificação de todos os efeitos dos medicamentos, inclusive o efeito placebo¹⁶. Os laboratórios farmacêuticos fabricam os medicamentos limitando-os a seus espaços físicos, não levando em conta o meio social e as maneiras como a sociedade concebe os medicamentos. A subjetividade ou o entendimento do paciente sobre os medicamentos foi reduzido a efeitos psicológicos, entendidos como efeito placebo. Sobre isto Pignarre (1999, p.131) diz: "o efeito placebo não é mais reconhecido como uma construção social, chamada provisoriamente de placebo, mas transformado num monstruoso dado psicológico".

A perda de sentido social dada ao efeito placebo é para este autor, promotora de dificuldades de entendimentos dos processos de cura das medicinas populares. Para o autor, isso contribui para que a autoridade da medicina científica visse a encarar as outras técnicas de cura como obscurantismo¹⁷, como efeitos meramente psicológicos sobre os indivíduos. Essa mesma autoridade, aliada à estrutura considerada legal, levou o médico a ter o poder de ditar o que é certo ou errado no processo de cura de doenças, a um saber que, em nome da ciência, anula o social, uma ciência particular, isolada em laboratórios e hospitais. Então, o medicamento, ou sua molécula, e seus efeitos fariam parte tanto do biológico quanto do social:

¹⁶ Efeito placebo é definido como efeito terapêutico que o medicamento promove no organismo sem que tenha absorvido nenhum princípio ativo, isto é, são efeitos que ocorrem nos pacientes somente pelo ato de tomarem algum medicamento (PIGNARRE, 1999). Esses efeitos são, às vezes, creditados ao fato de os pacientes terem confiança em seus prescritores, ou no simples ato de tomarem medicamentos.

¹⁷ Diferente de Pignarre (1999), Helman (1994) diz que a figura paternal dos curandeiros pode auxiliar a provocar efeito placebo de seus remédios. O fato dos curandeiros fazerem parte do mesmo grupo social, no qual o paciente está inserido, favorece a confiança do paciente em seus remédios: "Seja qual for o seu tipo, sagrado ou secular, os curandeiros

O biológico e social estão no prolongamento um do outro. É compreendendo a maneira como a molécula circula, como ela modifica seu ambiente, que podemos nos aproximar de sua natureza. O próprio paciente é transportado, seu lugar no campo social é modificado simultaneamente com sua biologia sob o choque do encontro com a molécula (PIGNARRE, 1999, p.133).

Além disso, devemos lembrar os efeitos produzidos pela indústria farmacêutica, como o incentivo do uso de medicamentos através de propagandas, ou seja, a tecnologia aplicada desde a fabricação até o *marketing* (BARROS, 1983; CORDEIRO, 1984; BERMUDEZ, 1995; LEFÈVRE, 1999). O medicamento é levado a dar um sentido concreto e objetivo à saúde, que é um conceito abstrato e, nesse sentido, pode ser visto como mercadoria simbólica (LEFÈVRE, 1991). Para o autor, a mídia estimula seu consumo excessivo, formando no meio social o conceito de que ele irá proporcionar cura imediata, de que para tudo e para todos tem-se um medicamento. Isso é facilitado pela representação da doença como um estado permanente, concretizado como um ícone.

Para Lefèvre (1999), nossa atual sociedade fez a mídia produzir sobre a doença uma imagem de ícone. O ícone é entendido como um conjunto de signos que produz significados ou representações. Ocorreu a hegemonia da imagem em detrimento da palavra, do imediato ao mediato, do direto ao indireto, do concreto ao abstrato, do emocional ao racional, hegemonias indutoras do aumento do consumo de medicamentos. A “doença é icônica porque se a vê, ouve, sente, toca; a saúde, ao contrário, é arbitrária, porque só podemos concebê-la, idealizá-la” (LEFÈVRE, 1999, p.89). Segundo Lefèvre (1999, p.63), a doença é tida como permanente, enquanto a saúde é representada como passageira. Sempre dizemos: “perdi minha saúde” e nunca “perdi minha doença”.

Assim, os meios de comunicação podem também induzir o consumo de medicamentos, seja através do médico ou pela automedicação. São mostrados pela propaganda de medicamentos, terapêuticas quase

ocupam um nicho social de respeito, reverência e influência comparável ao papel dos pais” (HELMAN, 1994, p.178).

milagrosas, que vão resolver todos os problemas de cansaço, mal-estar, dor, impotência sexual, etc. A mídia, os meios de comunicação de massa têm aqui papel primordial na comunicação dos saberes médicos, popularizando-os (CAMARGO JÚNIOR, 1995).

Lefèvre (1999, p.103) vê a saúde como paradoxo entre dois espaços no mercado de consumo. De um lado, utilizando seu sentido de o 'maior dos bens', revela-a como fonte de lucro. Criou-se então a utopia de que para qualquer desconforto existe um medicamento, um simples 'antídoto' resolverá a doença. A saúde é "concebida como um gigantesco mercado de consumo de bens e serviços propiciadores de algo intensamente desejado, ou como afastamento do sofrimento".

No entanto, a saúde possui outro espaço, que nem todos desejam. Ela é vista como promotora de mudanças de estilo de vida, como parar de fumar, mudar de dieta, etc. Tais mudanças são enfraquecidas pelo incentivo do consumismo capitalista, o que ocorre de forma similar com o uso de bebidas alcoólicas, tabaco, medicamentos. Já as drogas consideradas ilegais (maconha, cocaína, etc.) são combatidas pelos meios de comunicação, enquanto se faz propagandas das consideradas legais (cigarros, bebidas alcoólicas, medicamentos)¹⁸, sendo consumidas e concebidas de acordo com fatores culturais e sociais (VARGAS, 1998).

Para que o medicamento alopático chegue ao consumidor ele tem que passar por diversas etapas. Entre elas, podemos citar a sua fabricação pelos laboratórios farmacêuticos, a relação médico/paciente e paciente/consumidor de medicamentos. São essas etapas, em conjunto com o contexto cultural e social, que vão influenciar nas concepções dos consumidores de medicamentos. É nesse contexto que o medicamento ganha suas representações simbólicas, que mesclam a vivência do usuário de medicamentos com a ciência farmacológica. Para Pignarre (1999, p.123)

¹⁸ Segundo Vargas (1998) as pesquisas sobre o consumo de drogas ilegais não visualizam de maneira real o aumento do consumo. O problema é visualizado sob ótica moralista e negativista. Isto é, as pessoas usam drogas legais ou ilegais por carência ou crise. Para o autor, as insatisfações sociais e a concepção de viver intensamente o presente, mesmo que seja de curta duração, são alguns dos fatores que fazem com que aumente o número de usuários de drogas. Vale lembrar que todo tipo de medicamento também é uma droga.

Há mil e uma maneiras de caracterizar um medicamento: por suas características químicas e a série à qual pertence, por seus efeitos sobre receptores ou tecidos *in vitro*, pelos distúrbios, sintomas e doenças para os quais ele pode ser prescrito. Mas assim que abandonamos a descrição química da molécula, é impossível dar uma definição dela em si. Ela só se torna compreensível em seu encontro com outro corpo.

Segundo Lefèvre (1999), a mídia influencia o consumo de medicamento e as concepções que a sociedade tem sobre as doenças fabricam concepções sobre os medicamentos. Como a saúde é vista como a “maior das riquezas”, ela incentiva o consumo de medicamento. A saúde é vista como “sem preço”, a qualquer custo as pessoas compram os medicamentos para mantê-la. É isso que leva o medicamento, além de reproduzir idéias e valores, a ser coisificado, usado indiscriminadamente, banalizado. Para tudo (estética, dor, insônia, etc.) foi criado um medicamento. A saúde foi mercantilizada. Assim, o medicamento está mais dirigido para o doente/consumidor do que para a cura de doenças.

Isso significa, entre outras coisas, que o sentido da saúde e da doença, entre nós, é repassado através do medicamento; o que significa, por sua vez, que esse sentido chega aos membros de uma dada sociedade através de informações, idéias, valores, mas também de experiências ou sensações corporais concretas, como as propiciadas pelo consumo de medicamentos (LEFÈVRE, 1999, p.93).

São vários os fatores, portanto, que influenciam o consumo de medicamentos. Sob essa perspectiva, Alves e Rabelo (1999, p.134) observam em seu trabalho¹⁹ que a escolha dos tratamentos, pelos indivíduos, é influenciada pelo contexto sociocultural em que ocorre. Somente a disponibilidade de serviços é insuficiente para explicar o porquê da escolha ou seguimento de determinada terapia. Para os autores, a escolha da terapia está também relacionada com a previsão ou concepção

¹⁹ Trabalho realizado sobre o itinerário terapêutico de pacientes de classes populares, isto é, como eles escolhem e conceituam a melhor terapia a seguir.

que os pacientes fazem dos tratamentos, com o que “o ator antecipa do que vai ser ou como deve ser determinado tratamento”.

Isso quer dizer que os pacientes não seguem os tratamentos de forma alienada, eles dão significados aos tratamentos. Neste sentido, Ferreira (1998), estudando uma vila de classe popular em Porto Alegre, constatou que, dentre as pessoas doentes, sentindo os mesmos sintomas, nem todas procuraram tratamento médico. O significado dado à doença e ao seu corpo é variável entre as pessoas com sintomas semelhantes de uma mesma comunidade. Assim, podemos supor que entre essas pessoas podem existir diferentes concepções sobre os medicamentos, o que leva a usá-los ou não.

Torna-se, assim, necessário entender o significado dos medicamentos alopáticos antes dos mesmos chegarem às mãos dos consumidores, para que assim se possa entender qual é sua concepção, qual sua representação simbólica nos diversos grupos sociais. No meio social, o medicamento ganha um novo significado, que está embutido de valores sociais e culturais. Existe, assim, uma formação conceitual do significado dos medicamentos alopáticos na sociedade, levando, possivelmente, a criar novo paradigma que está moldado pela estrutura social e cultural. Dessa forma, a maneira como os medicamentos serão consumidos é uma construção histórica e sociocultural.

A compreensão do nervoso, relacionada à utilização de calmantes, é estudada por Duarte (1986, p.27-29) em sua pesquisa com pessoas pertencentes a bairros de classe trabalhadora²⁰. Este autor notou que as classificações dadas ao nervoso estavam relacionadas a “metáforas mecânicas e específicas” determinadas de acordo com um quadro que vai ao mais estático (sistema nervoso, energia, força e estado nervoso), ao mais dinâmico (tensão, pressão, excitação e perturbação nervosa), e ao mais “disfuncional” (desequilíbrio, distúrbio, esgotamento nervoso e fraqueza nervosa). Outro grupo de significações está relacionado a “tradição do

²⁰ Pesquisa realizada com pessoas pertencentes à classe trabalhadora em bairros das cidade de Niterói, Petrópolis, no estado do Rio de Janeiro, relatando a vida cotidiana, suas vivências, suas construções sociais a respeito do nervoso, suas perturbações físico-morais (culturalmente determinadas a partir de

discurso médico” como “doenças dos nervos” ou “nervosa”, “remédio de nervos” e “hospital de nervos”. As conotações vão do mais genérico ao mais específico, de “maluco” (“doido”, “pinel”, “louco”) a doença mental, epilepsia, neurose, psicose ou trauma psicológico. O “nervoso” possuía dois eixos, um que o coloca em oposição entre corpo e espírito e outro entre saúde e doença ou estabilidade e perturbação.

De acordo com Duarte (1986), existem as categorias relacionadas ao campo religioso como “encostado”, “tomado por demônio ou espírito” ou “sob o efeito de quebranto, mal-olhado, feitiçaria”. Os sintomas “físicos” são freqüentemente descritos como “tremura”, “zoada”, “tremelique”, “friagem”, “zoada”, “zumbido”, “tonteira”, “zonzeira”, “dores de cabeça”, “aflição”, “opressão”, “pressa”, “fastio”, “insônia”, “desmaio”, “perda da consciência”. Paralelamente a estes sintomas físicos tem-se também os sintomas morais como: “triste”, “deprimidos”, “inquieto”, “preocupado”, “perturbado”, “esgotado”, “irritado”, “esquentado”, “alterado”, “desesperado”, “furioso”. Além disto, as manifestações “físico-morais do “nervoso”²¹ são denominadas de “crise de nervos”, “ataque de nervos” e “acesso de nervos”. O “nervoso” é assim distribuído em diferentes categorias, mesmo o “nervo” em si é tido como a parte que liga os músculos, os tendões, como local que quando ferido é extremamente dolorido, sendo relacionado à sensibilidade, à pele, que aflora da pele. E também existe a diferença entre “estar nervoso” ou “perturbado”, atribuído a um estado passageiro e “ser nervoso” que é considerado um estado permanente.

Além disto, de acordo com Duarte (1986), a categoria “paz” mostrou-se contraposta às perturbações, sendo relacionada ao sono, ao dormir e até à morte. A qualidade do sono e a capacidade de ter controle sobre os horários de dormir e acordar estão relacionados à “qualificação da maior ou

todas as alterações baseadas em um estado normal), revelando suas relações com o papel social, a vida doméstica, auto-avaliação e a avaliação alheia de seus membros.

²¹ A manifestação físico-moral “evoca a necessária e entranhada imbricação, correlação entre o nível físico, corporal, da experiência humana e tudo aquilo que, de outra parte, se lhe opõe – e se nomeia e concebe de forma tão díspar entre as culturas humanas (como nossa tradição, o antigo ‘espíritual’ e o recente ‘psíquico’)” (DUARTE, 1994, p.84). O nervoso está diferenciado nos diferentes grupos sociais, marcados pelas diferenças culturais, de classe social, de gênero.

menor perturbação dos sujeitos” (DUARTE, 1986, p.152). O sono é afetado pela alimentação, as comidas consideradas pesadas perturbam o sono deixando a pessoa nervosa posteriormente, as substâncias excitantes como o café “tiram o sono”, também deixando a pessoa nervosa. O uso dos calmantes possui uma relação com os horários próximos ao deitar (o sono é pertinente ao “não-nervoso”), e esta preferência está relacionada aos efeitos colaterais dos calmantes (sonolência, perda da atenção, etc), numa tentativa de que os mesmos não afetem as atividades desenvolvidas durante o dia, na vida cotidiana.

O uso de calmantes, de acordo com Duarte (1986), está relacionado às conseqüências de, por exemplo, uma pancada na cabeça quando criança, localizando a doença na cabeça, tendo que mostrá-la através de “chapa da cabeça”. A capacidade mental é referida como parte de uma moralidade da oposição do “bom” ao “fraco das idéias”, ou da associação de responsabilidade, juízo e a capacidade “moral”. Além disto, há uma relação de frio, branco e calma em oposição a quente, vermelho e nervoso, o que faz com que os alimentos considerados frios como a lima, os banhos frios, ou os chás de flor branca estejam relacionados à ação de calmantes²², assim como o calor das fábricas esteja aproximado do “nervoso”.

Duarte (1986) observou que a fraqueza está relacionada com o sangue, deve-se ser forte para enfrentar o trabalho. O nervoso é assimilado como forte, o nervo é associado à força, deste modo o consumo de vitaminas e de “fortificantes” a base de ferro podem ser aumentados. O volume de sangue é relacionado à força física, é suposto que os homens têm mais força do que as mulheres por terem um maior volume de sangue em seus organismos.

As colocações de Duarte (1986) são importantes para compreendermos e analisarmos as falas de nossas entrevistadas, as quais fizeram uso de termos semânticos semelhantes para justificar o consumo de calmantes. As mais freqüentes justificativas são o estar “nervosa”, com

²² A existência de expressões como “cabeça fria”, “esquentando a cabeça estão ligadas ao “nervoso” (DUARTE, 1986, p.158).

“doença dos nervos”, “doída”, com “tremura no corpo”, com “zumbido na cabeça”, “barulho na cabeça”, “insônia”, “preocupada”, “irritada”, “esquentada”, “deprimida”, “fraqueza”. Além disto, podemos constatar semelhanças quanto à classe social, pois em nossa pesquisa as mulheres também pertenciam a classes baixas.

2.5 Gênero e significados dados aos medicamentos

Para que possamos entender algumas questões relativas ao consumo de medicamentos entre as mulheres, precisamos esclarecer os conceitos de gênero e sexo. Segundo Louro (1996), gênero é a forma como as características sexuais são representadas e valorizadas em dada sociedade e em certo momento histórico. Sexo se refere às características biológicas e gênero é a construção histórica e social. Como nos diz a autora, para que se “compreenda o lugar e as relações de homens e mulheres numa sociedade importa observar não exatamente seus sexos, mas sim tudo o que socialmente se construiu sobre os sexos” (LOURO, 1997, p.21). Isso seria, segundo a autora, primordial para a análise das desigualdades sociais entre homens e mulheres. É no âmbito das relações sociais que se constroem os significados de gênero.

Segundo Bourdieu (1999), ocorreu, na vida moderna, distanciamento da mulher da vida pública, das coisas consideradas sérias, assuntos sobre economia, trabalho, dos negócios, “naturalizando”, assim, a dominação masculina, uma dominação simbólica, de poder do homem sobre a mulher. O espaço da mulher restringiu-se ao doméstico, ao lar – lugar relacionado à solidariedade e à integração da família, ao cuidar dos filhos, fazendo com que o trabalho feminino seja desvalorizado e/ou não remunerado, facilitando a exploração e uso de poder do homem sobre a mulher. Para o autor, essa dominação masculina está presente nas marcas impostas ao corpo feminino através de sua postura, sua disciplina, seus gestos. Nesse sentido, não há uma disposição biológica para o trabalho e comportamentos da mulher, mas uma construção social.

Entretanto, de acordo com Bourdieu (1999), a dominação masculina implica não só privilégios, mas, também, deveres, obrigações consideradas masculinas, sendo que o seu não cumprimento produz conseqüências desastrosas ao *ethos* masculino. Assim sendo, Nardi (1998) constatou que os homens, quando retirados de seus trabalhos por motivo de doença ou acidente de trabalho e contidos em suas casas (no espaço privado, considerado feminino, da família), tinham sérias conseqüências como sentimento de culpa, de fracasso, vergonha, perda²³.

Em pesquisa realizada com moradores da periferia da cidade de São Paulo, Sarti (2003) constatou que o trabalho fora do espaço considerado feminino, o da casa, é motivo de honra e poder para os homens, sendo intensificado nas classes pobres. Para essas pessoas, o trabalho, além estar inserido em um contexto de divisão em trabalho de homem e trabalho de mulher, está carregado de valor moral. Segundo a autora, a moral para os pobres está inserida em uma rede de relações que envolvem o dar, o receber e o retribuir, a reciprocidade, o reconhecimento do outro como parte de seu espaço social, contribuindo para a comunicação e interação entre si. O homem que trabalha é o homem forte, que sustenta sua casa, provedor dos bens materiais, possui respeito e dignidade, é o pai de família (são valores considerados mais representativos do que o valor do salário). Enquanto as mulheres, restritas aos trabalhos domésticos e, muitas vezes, remunerados²⁴, demonstram também o mesmo orgulho, como o de ter suas casas limpas, de cuidar bem dos filhos, cozinhar, lavar, ter dignidade, ter seu dinheiro.

De acordo com Nogueira (2004), ocorreu, nos últimos anos, aumento do número de mulheres no mercado de trabalho, porém, houve também sua maior precarização, o trabalho informatizado, trabalho temporário, com seus direitos trabalhistas ignorados. E constatou outras diferenças relativas aos homens, como sua maior subordinação a esses, menores salários e sua

²³ Pesquisa realizada no Pólo Petroquímico de Triunfo, Rio Grande do Sul.

²⁴ Como Sarti (2003) aponta, as mulheres de classes baixas foram, também, no decorrer da história, trabalhadoras remuneradas, mas com fortes conotações de gênero.

concentração no espaço doméstico ou nas funções ligadas a esse espaço. Podemos acrescentar, de acordo com Machado (1997), que também com relação às especialidades médicas ocorre, também, desvalorização, sendo escolhidas com maior frequência pelas mulheres as que estão relacionadas ao espaço doméstico como pediatria, nutrologia, dermatologia, clínica geral, as quais apresentam menores rendimentos financeiros do que as outras especialidades mais “masculinizadas”. A esse respeito, Machado (1997) nos diz que, além do gênero influenciar na escolha de sua especialidade médica, elas procuram especialidades que tenham horários mais flexíveis devido à necessidade de maior permanência em casa, com filhos, e de administrar sua casa, fazendo, assim, não entram em esquema de plantão, tendo então salários reduzidos se comparados aos dos homens.

Devemos lembrar que, segundo Seligmann-Silva (1994), o trabalho das mulheres no setor fabril também é caracterizado por baixos salários, dificuldades de promoção, sendo esses mais susceptíveis a um controle e repressão do que os homens, produzindo fadiga mental ou nervosismo. De acordo com o autor, o nervosismo é desvinculado das condições produzidas pelo trabalho, pela vida e considerado como natural da mulher, dissimulando as doenças e a ansiedade. Além disso, muitas pessoas começam a trabalhar muito jovens e têm medo de perder o emprego devido aos desajustes econômicos. Outro enfoque relacionado a doenças mentais e trabalho foi apresentado por Levigard (1998), que observou trabalhadores rurais com intoxicações crônicas por agrotóxicos e apresentando conseqüentes sintomas de doenças mentais, como os depressivos, nervosismo, tratados erroneamente com calmantes, fazendo com que ocorra dupla intoxicação: por medicamento e agrotóxicos.

O uso de serviços médicos pelas mulheres possui características peculiares, e muitas delas foram historicamente criadas. Foi no corpo feminino que a medicina mais investiu (FOUCAULT, 1984), criando nele o espaço indutor da medicalização, tendo na sexualidade a maior justificativa. Apoiados pelo Estado, pela urbanização, pelos desenvolvimentos

tecnológicos²⁵, formou-se a concepção de que a mulher possuía uma ‘natureza’ necessitada de cuidados médicos (VIEIRA, 2002). Em nome das normas propostas pela medicina ocidental o corpo da mulher foi historicamente moldado para ser medicalizado. Esse processo foi fortalecido, principalmente, no século XVIII, como aponta Foucault (1984, p.234):

Durante muito tempo se tentou fixar as mulheres à sua sexualidade. “Vocês são apenas o seu sexo”, dizia-se a elas há séculos. E este sexo, acrescentaram os médicos, é frágil, quase sempre doente e sempre indutor de doenças. “Vocês são a doença do homem”. E este movimento muito antigo se acelerou no século XVIII, chegando à patologização da mulher: o corpo da mulher torna-se objeto médico por excelência.

Costa (1983), baseando-se nos estudos de Michel Foucault, descreveu que um dos fatores que se relaciona à medicalização do corpo da mulher, no Brasil, é o processo de urbanização e modernização das cidades ocorrido no século XIX. Para o autor, esse processo levou a mudanças de hábitos, principalmente nas famílias de maior poder econômico²⁶. O autor divide esse processo em duas etapas: na primeira, a mulher é retirada do confinamento doméstico em direção ao consumo comercial; na segunda, ela é reinserida no lar como consumidora dos serviços médicos.

No século XIX, os higienistas²⁷ foram respaldados pelas políticas do Estado, tendo então poder para se infiltrar no ambiente da família, formar corpos disciplinados e dóceis para o trabalho, substituir a autoridade dos pais de família pela sua. Segundo Costa (1983), isso foi firmado em

²⁵ Prova disto é o desenvolvimento de métodos contraceptivos, de medicamentos utilizados na menopausa, do uso corriqueiro de cesarianas, das ‘técnicas de embelezamento’, etc. Desenvolvimento esse que se concentrou no aparelho reprodutivo feminino.

²⁶ Segundo Costa (1983), no período colonial, o pai tinha todo o monopólio sobre os filhos e sobre a mulher, ignorando-os. No século XIX, a mulher passou a ter maior poder sobre seus filhos e será ela quem dará os medicamentos receitados pelos médicos a seus filhos.

²⁷ Os higienistas eram os médicos responsáveis por atividades desenvolvidas no âmbito da saúde pública, tendo como objeto de trabalho as doenças que afetavam o coletivo. No fim do século XIX e início do XX os higienistas eram responsáveis pelo combate às doenças epidêmicas (como exemplo a febre amarela, a cólera, varíola). Aliados do Estado,

decorrência da alta taxa de mortalidade infantil e pela falta de mão-de-obra para produzir mercadorias. Foram questionadas a autoridade excessiva dos pais e a ausência dos mesmos nos cuidados para com os filhos. Colocaram suas normas como medidas de prevenção, questionando o desleixo para com os filhos, deixados à mercê dos cuidados de parteiras e amas-de-leite.

Assim, era necessário questionar a autoridade do pai. A mulher era consumida pela moda e pelas obrigações sociais, esquecendo da importância dos cuidados com o filho. Assim, os higienistas julgaram que a retirada do poder dos pais sobre os filhos diminuiria a morte, ocorrendo, assim, a formação de uma nova organização doméstica. A mulher passou de guardiã do patrimônio do marido para educadora dos filhos. O marido, por sua vez, passou a cuidar da proteção material dos filhos, o que levou ao distanciamento do comportamento dos filhos entre as diversas classes sociais. O filho do pobre já não se misturava com o do rico. Enquanto as crianças das classes altas eram consideradas possuidoras de bons hábitos de higiene, de moral, de disciplina, os filhos dos pobres foram discriminados, colocados como pessoas imorais, sem educação, sem empenho para o trabalho, sem higiene²⁸.

Nesse sentido, para Costa (1983, p.255), a “mãe higiênica nasceu de um duplo movimento histórico: por um lado, emancipação feminina do poder patriarcal; por outro, «colonização» da mulher pelo poder médico”. As mulheres passaram a ser guiadas pelos médicos, são eles quem ditarão as normas (normas que serão repassadas aos filhos). A mulher é escolhida como porta-voz dos médicos. A amamentação dos filhos tornou-se tarefa das mães, e não mais das amas-de-leite. Quem fará os partos serão os médicos e não mais as parteiras. A mulher aproximou-se do conhecimento médico, sendo uma das causas do seu maior consumo de medicamentos e da sua maior percepção da doença e maior potencial para convencer o médico de que está doente ou precisando dos medicamentos (HOHMANN,

procuravam “limpar” as cidades, organizado os bairros, eliminando os cortiços, impondo regras de higiene à população e promovendo incentivo ao comércio (CHALHOUN, 1996).

²⁸ Como Foucault (1987b) aponta, a criação dos internatos, dos colégios internos, foi um dos mecanismos utilizados para disciplinar as pessoas.

1989; ASHTON, 1991). Além disso, o maior número de consultas a que se submete faz com que a mulher aumente o consumo de medicamentos e o conhecimento sobre esses e sobre seus sintomas (ISACSON, 1997). Assim, a aproximação entre médicos e pacientes produz ação contraditória: ao invés de produzir saúde, produz doença. E podemos acrescentar que o conhecimento da mulher contribui para maior aquisição dos calmantes e para nutrir, muitas vezes, a dependência. Foi possível observar, em nossa pesquisa, que as mulheres tinham grande conhecimento sobre os nomes dos medicamentos bem como para que serviam. Além disso, conheciam uma variedade de outros medicamentos além dos calmantes, utilizados para as mais diversas enfermidades.

Porém, para Costa (1983), o poder masculino sobre a mulher não acabou, apenas mudou sua forma de aplicação. Na ajuda desse novo poder, a medicina teve papel primordial. As mulheres consideradas indisciplinadas para com seus pais ou maridos passaram a ser medicalizadas, quando, infelizes com seus casamentos e com o poder dos homens seriam chamadas de mulheres nervosas, histéricas – os alvos prediletos dos médicos. Segundo o autor, a mulher dita nervosa, ou histérica, do século XIX, era considerada uma ótima cliente dos médicos, mas uma péssima parceira dos homens. O motivo para ser chamada de ‘nervosa’ era sua insatisfação com a vida privativa sob o domínio masculino, apoiado pela ordem médica, moralista e religiosa²⁹, o que levou as disjunções familiares a serem convertidas em doenças de caráter mental, doenças produzidas pela união do ‘saber’ médico com insatisfações femininas. Doenças essas que eram tratadas nos hospícios, lugar para trancafiá-las e ‘tratá-las’, isto é, excluí-las do meio social. Ambiente no qual o médico possuía maior poder sobre os pacientes. Como diz Foucault (1997b):

²⁹ O autor ressalta que o poder sobre a mulher religiosa se mostrava através da fiscalização sobre suas confissões, sobre sua vida íntima e sobre as doenças. Esse poder foi substituído pelo do médico: “a figura do padre don Juan foi sendo substituída pela do médico”.(COSTA, 1983, p.271).

Episódio decisivo em que se redistribuem e vêm se superpor, precisamente, as duas funções do hospício: provação e produção da verdade, por um lado; constatação e conhecimento dos fenômenos, por outro. O poder do médico lhe permite produzir, a partir de então, a realidade de uma doença mental cuja propriedade é reproduzir os fenômenos inteiramente acessíveis ao conhecimento. A histérica era a doente perfeita, já que ela dava a conhecer: ela mesma retranscrevia os efeitos do poder médico em formas que o médico podia descrever segundo um discurso cientificamente aceitável (FOUCAULT, 1997b, p.50).

Formou-se uma junção conveniente: enquanto as mulheres justificavam suas insatisfações como doenças, os médicos adentravam os lares da família moderna. Medicando “o nervosismo da mulher, o médico mantinha a sexualidade feminina a serviço da higiene e do Estado” (COSTA, 1983, p.271). Assim, o nervosismo se tornou uma arma da mulher contra a opressão do cotidiano familiar. Como afirma Costa (1983, p.271): “a «mulher nervosa» ensinou a mulher a utilizar o nervosismo para impor seus interesses”. Portanto, a mulher nervosa era mais medicalizada do que ouvida³⁰. Com base em nossa pesquisa, podemos observar que não só as mulheres, mas uma classe social inteira, não é ouvida, visto que o uso dos calmantes, segundo algumas entrevistas, relacionam-se a problemas sociais, econômicos e não por motivo de doença, isto é, a doença foi socializada.

Devemos lembrar que o significado dado ao “nervoso” é, de acordo com Duarte (1986), definido pelo gênero. O “nervoso” da mulher corresponde às irritações promovidas pela vida privada e interna do lar. Então, as crises partirão da esfera interna para a externa, o que diferentemente ocorre com os homens, pelos quais o “nervoso” é atribuído a uma vida fora do espaço da casa. De acordo com Duarte (1986), as omissões do homem relacionadas ao papel masculino interno no lar não são tão destacadas como provocadoras de perturbações quanto às violações de regras de reciprocidade e respeito que decorrem das violências internas no

³⁰ Devemos lembrar, como Singer (1988) apontou, que estas mesmas insatisfações são medicalizadas na atualidade, sendo os tranquilizantes allopáticos os medicamentos utilizados para tratá-las.

lar. Deste modo, quando o “nervoso” vem à tona, vem a ser demonstrado, é tido como “botar para fora”. É um ponto positivo, um trabalho estafante, poder se “aliviar”, não guardando então rancor. O uso de calmantes pode nestes casos não ser bem aceito, ao suporem que uma conversa amigável é melhor do que a terapia medicamentosa.

De acordo com Duarte (1986), as mulheres idosas são ainda mais afetadas pela existência de três causas: por sua saúde estar comprometida, por terem acumulado experiências, pelo distanciamento da função de seus papéis sociais, despojadas de sua identidade social, remetendo o “nervoso” do idoso a um papel crônico. Assim, o “nervoso” do idoso é referido como descontrole dos sentidos e das funções fisiológicas, sendo relacionado com as funções cerebrais como perda do juízo ou da memória.

Segundo Duarte (1986), existe uma diferença e hierarquia entre os filhos nas classes populares. Na ausência da mãe, as filhas mais velhas assumiam, muitas vezes, o papel de mãe, e na presença de doença eram elas quem mais cuidavam de suas mães. As relações envolvendo a família são freqüentemente cheias de tensões, na distribuição dos afazeres domésticos, nos atritos envolvendo a figura dos sogros, nas questões referentes aos cuidados dos filhos ou netos ou nas contribuições na renda.

Devemos lembrar que o comportamento da mulher em relação ao uso de medicamentos é peculiar, de acordo com a sua classe social. Boltanski (1984), além de mostrar as particularidades do modo de compreender e utilizar os tratamentos médicos nas diferentes classes sociais, mostra que o gênero também possui suas particularidades³¹. Dependendo da classe social à qual a mulher pertence, ela terá comportamentos diferentes em relação aos meios de cura de doenças, ao sentido de moral e estética. Como o autor diz: “as mulheres das classes populares maquilam-se menos que as mulheres das outras classes e vão muito menos ao cabeleireiro” (BOLTANSKI, 1984, p. 149).

³¹ Esclarecemos que Boltanski (1984) pesquisa uma outra realidade, que é a existente na França na década de 1970.

As comunidades entrevistadas por Boltanski (1984) mostraram que o cuidar diferenciado não se deve somente às diferenças econômicas e profissionais³², mas também, a questões de valor e moral. As mulheres de classes populares usam somente batom e pó de arroz no rosto, os quais são preferidos nos momentos festivos e aos domingos, enquanto as mulheres de classes superiores cuidavam do corpo inteiro, com uso de desodorantes e cremes de maneira permanente. As mulheres de classes populares repudiam o excesso de cuidado com o corpo das mulheres de classes superiores, assim como o fato de ficarem muito tempo no médico. De forma geral, tanto as mulheres quanto os homens dos segmentos populares são mais resistentes à dor, o que os leva, quando doentes, a ter cuidados tardios³³, preferindo muitas vezes sentirem dor a tomar medicamento para evitá-la. No entanto, o que Boltanski (1984) discute é a condição social, pois os homens das classes populares, além de serem mais resistentes aos cuidados médicos do que as mulheres da mesma classe social, são mais resistentes do que todos os membros das classes altas.

Boltanski (1984) nos revela que a valorização do corpo magro é aumentada à medida que se sobe na hierarquia social, sendo o mesmo corpo considerado magro em uma classe social e gordo em outra. O que é valorizado nas classes baixas é um sentido de força explícita, seja através dos esportes que exigem maior dispêndio de energia, no corpo que representa maior massa corpórea, seja no resistir às dores, levando essa classe social a criticar o comportamento dos membros das classes superiores, estereotipando o comportamento desses como afeminados, por

³² Boltanski (1984) nos coloca que as pessoas que pertencem à mesma classe social do médico (classe dominante) possuem maiores chances de consumo médico, sendo um dos fatores o melhor entendimento da linguagem médica, laços de amizade, capacidade econômica de comprar seus serviços, etc.

³³ Em relação aos cuidados tardios, ou mesmo à origem da concepção de força dessa classe social, Boltanski (1984, p.153) nos diz: "Se ele recusa 'cuidar-se', se espera o último minuto para ir ver o médico, fazer uma operação, ou hospitalizar-se, é que as coerções cotidianas, as coerções econômicas, principalmente, proíbem ou pelo menos tornam extremamente difícil o abandono das tarefas cotidianas, do trabalho, do trabalho físico que ele exige continuamente do corpo".

sua maneira inversa de representar seus corpos, relacionando-os ao modo como as mulheres de sua classe social representam seus corpos.

De fato, tudo se passa como se a oposição entre a relação com o corpo dos membros das classes populares e dos membros das classes superiores reproduzisse a oposição da relação com o corpo dos homens e das mulheres (BOLTANSKI, 1984, p.174).

Assim, as mulheres das classes populares possuem maior atenção com o corpo do que os homens dessas classes, o que leva as mulheres a consumirem mais serviços médicos e/ou medicamentos. Para Boltanski (1984, p.174),

[...] as mulheres fazem um consumo médico maior do que os homens. Além disso, se as mulheres consomem mais produtos farmacêuticos do que os homens, os produtos mais consumidos por elas do que por eles são freqüentemente e, no essencial, analgésicos, sedativos, medicamentos digestivos. Paralelamente, se analisarmos os motivos invocados para justificar os consumos farmacêuticos, veremos que são as mulheres que, numa maior proporção, queixam-se de “perturbações digestivas”, de “dores” indeterminadas, de “perturbações psíquicas”, de “enxaquecas” (ou seja, essas doenças vagas que só são percebidas, como já vimos, se a atenção ao corpo for bastante grande).

Tal posição masculina, como justificativa do pouco consumo médico por homens em relação às mulheres, foi também encontrado por Loyola (1984b), em Santa Rita, bairro popular da cidade de Nova Friburgo-RJ, acrescentando que a classificação das doenças tinha a força como divisor, sendo a idade e o sexo seus suportes. Às crianças, às mulheres e aos velhos são reservados o direito de ficarem doentes com mais freqüência do que aos homens adultos. O motivo disso é por serem consideradas mais frágeis e com maior disposição de tempo para se cuidarem.

Seja porque dispõe de mais tempo, pois não trabalha fora de casa, seja porque a doença, sendo uma fraqueza, é “assunto de mulher”, a mulher é considerada o “médico da família”, cabendo-lhe não somente encaminhar os doentes aos serviços médicos, mas também observar e conhecer os

sintomas, os remédios, as dietas e as alternativas de tratamento dos diferentes males que ocorrem no seio da família (LOYOLA, 1984b, p.128).

Essa divisão levou a mulher, segundo Loyola (1984b), ao papel de cuidar dos doentes, pois se entendia que ela possuía maiores conhecimentos e tempo para tal. São elas que medicam e cuidam das crianças e dos idosos, o que a faz ter o poder de escolher qual tratamento irá seguir, o da medicina popular ou da medicina oficial. Assim, as mulheres irão trocar informações com os vizinhos, classificar as doenças que serão tratadas com o conhecimento da medicina oficial ou da medicina popular ou de ambas. Serão elas quem vão escolher o tipo de medicamento que vão usar, como vão usar e como vão guardá-lo. Também vão classificá-los em bons ou ruins, fortes ou fracos.

O que notamos anteriormente é a criação de dois espaços propícios à medicalização. Por um lado, o corpo feminino como espaço para ser medicalizado. Por outro lado, o espaço do lar, espaço de domínio da mulher, lugar em que tem o poder de medicalizar seus componentes.

Porém, para Sarti (1997), a mulher está perdendo seu papel no lar. E a mulher das classes populares foi levada a buscar no mercado de trabalho remuneração que complementasse o orçamento da família, promovendo rompimento na tradicional hierarquia de gênero. Isso teria levado, juntamente com outras causas, à queda da fecundidade, à sua retirada do lar e à menor disposição de tempo para com os filhos, o que nos faz supor que as mulheres estão perdendo seu papel de medicalizar seus filhos, podendo ser um motivo da perda do domínio sobre os filhos. Mas, segundo Sarti (1997, p.53), permaneceu o domínio masculino sobre a mulher, fazendo com que a mulher tenha uma dupla jornada de trabalho.

[...] está em curso um aumento progressivo da participação da mulher no mercado de trabalho e significativas mudanças ocorrem no âmbito familiar, sobretudo pela redefinição da questão da autoridade, em face da renda dupla e da educação das crianças, que passa desde cedo para a esfera

pública, mediante a expansão das creches, tanto privadas quando públicas.

No entanto, a mulher é grande detentora de conhecimentos sobre as doenças em seu circuito familiar. Em quase todas as culturas, segundo Helman (1994, p.144), no setor informal (curas populares como as proporcionadas por parteiras, curandeiras, benzedeiras, etc.) e nos cuidados de atenção primária, “os principais responsáveis pela assistência à saúde são, em geral mulheres – mães e avós”. Porém, como demonstram diversos autores (COSTA, 1983; HELMAN, 1994; PEREIRA NETO, 2001; VIEIRA, 2002) a medicina científica é dominada por homens. Ocorreria a desapropriação do saber das mulheres, como a anulação das parteiras, das curandeiras, as quais passaram a ser acusadas de charlatanismo (PEREIRA NETO, 2001; VIEIRA, 2002). Ainda assim, prevalece o maior uso dos serviços de saúde pelas mulheres.

Em pesquisa realizada por Travassos et al. (2002)³⁴, constatou-se que o uso de serviços de saúde por homens e mulheres é dependente, entre outros fatores, do poder aquisitivo das famílias, do nível de escolaridade, do tamanho da família (quando maior a família, maior é o consumo das mulheres), do sexo do “chefe” de família. As famílias chefiadas por mulheres consumiram menos serviços de saúde do que as chefiadas por homens, o que é contraditório, visto que as mulheres consumiram, de maneira geral, mais serviços médicos do que os homens, sendo, entre elas, os serviços preventivos mais destacados, enquanto os homens tendem a usar os serviços curativos.

Segundo os autores, as mulheres que apresentaram as maiores chances de uso de serviços de saúde, na presença de existência de algum fator que restringia, por motivo de saúde, a execução de trabalho, foram: brancas, com maior escolaridade, maior poder aquisitivo, empregadas no setor formal da economia e pertencentes a famílias chefiadas por homens.

³⁴ Eles utilizaram dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1998, pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para analisar as diferenças de consumo médico, relativas ao gênero, no Brasil.

Nessa mesma perspectiva, os homens que mais consumiram serviços de saúde foram os de maior poder aquisitivo e ocupando posições de patrão e empregado no setor formal da economia, independentemente da raça, escolaridade e do sexo do chefe da família. No entanto, na ausência de fator de restrição de atividades, a escolaridade do “chefe” de família mostrou-se mais significativa.

A suposição dos autores é de que o sexo do “chefe” pode interferir no consumo médico pela possibilidade de estar expressando fatores que capacitam o acesso aos serviços de saúde. Assim, as mulheres chefes de família podem ser influentes em termos de cuidados da saúde, ou gestão dos recursos financeiros e cobertura com planos de saúde, podendo limitar o consumo dessas mulheres em relação às mulheres pertencentes às famílias chefiadas por homens.

A posição da própria mulher no mercado de trabalho não afetou a chance de uso das mulheres economicamente ativas. Entretanto, as mulheres sem inserção no mercado de trabalho (aposentadas e donas de casa) apresentaram maiores chances de uso do que aquelas economicamente ativas. Os autores supõem que as aposentadas e donas de casa consomem mais serviços médicos por possuírem piores condições de saúde, ou por terem mais tempo disponível para consumirem os serviços de saúde, em comparação às inseridas no mercado de trabalho.

No entanto, para Gómez (2002), o maior consumo de serviços de saúde pelas mulheres não constitui, necessariamente, expressão de privilégio social. Por terem maior demanda de serviços são forçadas a pagar um preço maior pelos seguros de saúde. Sendo que elas, além de possuírem dupla jornada de trabalho (doméstico, formal e/ou informal), possuem menor remuneração do que os homens. Contudo, os seus cuidados são concentrados nos serviços preventivos, considerados de menor custo, enquanto os homens utilizam, com maior intensidade, os serviços de urgência, tidos como de alto custo. Além disso, o autor ressalta que em países de menores recursos, a utilização de serviços de saúde nem sempre é maior entre as mulheres.

Desse modo, os serviços de saúde são usados pelas mulheres com maior intensidade do que pelos homens por diversos fatores. Dentre eles podemos ressaltar: uso corrente de medicamentos devido a questões reprodutivas (por exemplo, contracepção, gravidez, parto e puerpério, menopausa); por avaliarem seus corpos com mais atenção do que os homens, identificando preventivamente as doenças; por seu papel desempenhado na sociedade, como sua maior aproximação com os cuidados médicos dos filhos; fatores estruturais e institucionais que facilitam o acesso aos serviços de saúde pelas mulheres.

O mito da saúde perfeita, baseada no consumo de medicamentos, invade o cotidiano da mulher. Como exemplo, temos o caso da substituição do parto normal pelas cesarianas (LEFÈVRE, 1999). O corpo da mulher foi moldado para ser medicalizado, tomar medicamentos tornou-se parte de sua natureza (VIEIRA, 2002). É através do corpo que representações sobre medicamentos serão reveladas, através de seu cotidiano invadido por medicamentos, da linguagem do senso comum. Cotidiano formado, entre outras, pela disciplina, pelas regras sociais, pelo mercado, pelo saber científico e popular.

2.6 Envelhecimento e consumo de medicamentos

A velhice e o gênero são construções sociais. De acordo com Debert (1998), a velhice está envolvida e caracterizada pela sociedade por sua diversidade social e cultural, por isso deve-se procurar esclarecer alguns conceitos que são confundidos nas pesquisas que envolvem envelhecimento: a idade cronológica, idade geracional e níveis de maturidade. Segundo Debert (1998, 1999a, 1999b), a idade cronológica está ausente em várias sociedades, não se definindo como na sociedade ocidental, a maioridade legal, a idade para o mercado de trabalho, a idade da aposentadoria. A velhice é uma construção social e histórica.

Segundo Bourdieu (1983b), o papel social das pessoas nas diferentes idades é arbitrário e criado socialmente, interiorizado e “naturalizado”

historicamente. As classificações (idade, sexo, classe, etc.) acabam por impor “limites e produzir uma **ordem** onde cada um deve se manter, em relação à qual cada um deve se manter em seu lugar” (BOURDIEU, 1983b, p.112, grifo do autor). A idade é, de acordo com o autor, dado manipulável e manipulado, e seria difícil colocar a velhice ou a juventude como unidade social, um grupo constituído e de interesse comum, relacionando isso a determinada idade biológica, pois a velhice está carregada de heterogeneidade. No entanto, a idade serve para promover disputas por poder e privilégio entre as gerações, ditando o momento e lugar que cada um deve estar em seus grupos, no mercado de trabalho ou fora dele.

Sendo assim, de acordo com Elias (2001), as pessoas, quando em seu envelhecimento, são retiradas do convívio social. Desse modo, ao mesmo tempo que essas pessoas necessitam de maiores cuidados e atenção, ocorre o inverso, o seu distanciamento social. O envelhecer concebido como algo normal, pertencente à natureza, é moldado por concepções culturais que fazem com que seja aceito, fazendo, assim, com que as pessoas nesse estágio da vida sejam excluídas, isoladas, desconhecendo-se suas necessidades afetivas, sociais e emocionais. Isso é afirmado pela concepção de que somente o outro envelhece.

Como a idade de uma pessoa envolve tempo de vida, temos que analisar o conceito de tempo. Para Elias (1998), o significado de tempo nem sempre é visto como algo objetivo, contável, marcado pelo relógio, pelo calendário. Segundo Elias (1998), o significado de tempo é apreendido através das gerações, ele não existe, é um símbolo social, é resultado do processo de aprendizagem. Ele pode ser consequência das ações, acontecimentos e conhecimento das pessoas, servindo para a orientação, para identificar acontecimentos passados, construir relações com outros acontecimentos, a localização de si e em relação ao devir. O tempo não é visto, mas apreendido, sentido. Desse modo, a idade torna-se pouco relevante, pois nem sempre as pessoas sabem suas idades, mas conseguem se localizar no tempo através de seus conhecimentos, sua

vivência. De acordo com Elias (1998), o tempo é simplificado ao seu significado objetivo.

O conceito de tempo é reduzido à sua representação simbólica pela contagem das horas, dos dias, dos meses, dos anos. As representações simbólicas de tempo contribuem, também, para produzir coerções ao indivíduo. Tempo torna-se símbolo regulador, produtor de autodisciplina, característica marcante dos Estados industriais. O simbolismo do tempo faz com que se torne onipresente e vigilante, o tempo que passa é outro, não é o tempo de nossas vidas. A autodisciplina, também discutida por Foucault (1987b), colocada por ele como internalização da disciplina, são as preocupações com a pontualidade de forma idêntica em todos os setores da vida.

Para Lopes (2000), a velhice é vista como “estorvo da modernidade”, como ameaça à capacidade produtiva do indivíduo pelas exigências de um comportamento e movimentos padronizados. A incompatibilidade do idoso com a estrutura social, suas alterações de ritmo são vistas, muitas vezes, como distúrbios do humor, ou de afeto, além de levá-los à exclusão, o que não deixa de se refletir sobre sua saúde. Para Goldfard (1998), a supervalorização do corpo como reprodutor de mercadoria faz com que os idosos sejam associados à insignificância, decrepitude e inutilidade.

Em pesquisa realizada com mulheres idosas, em São Paulo, Lopes (2000) observou que automedicação é vista como exercício de autonomia. A alteração da quantidade de medicamentos e dos horários, além de não ser vista como automedicação, está relacionada à autonomia sobre o uso do medicamento, à fuga de não ficar dependentes desses. A autora, questionando até que ponto o uso de medicamentos proporcionam melhoria da saúde e da qualidade de vida do idoso, diz que os medicamentos são utilizados para recompensar o ritmo desacelerado provocado pelo envelhecimento.

Krzyzanowski (1997), através de uma novela ficcionista, produz uma situação interessante que se mostra similar a algumas falas de nossas entrevistadas. Em “O carvão amarelo” acontece o caos, tudo estava

ameaçado de parar pela falta de combustível, as indústrias, as cidades, as turbinas iam parar. Foi nesse contexto que o professor Lerkr, notando o ódio, o fracasso, os atritos, o estresse, a raiva existentes na sociedade, percebe que poderia ser utilizada como combustível a bile amarela. Porém, o corpo humano chegou a um limite, não mais produzia a bile amarela. Podia-se até apoio aos médicos, mas nada aconteceu. Fazendo comparações com a novela, notamos que o uso de calmantes serve para monitorar o ódio das pessoas, não permitindo que cheguem a tal limite. O ódio pode agora ser controlado, produzido com mais constância. Eis a solução ocidental para a conciliação entre ódio, disciplina e controle.

O tempo, como mecanismo de aprendizagem e de organizador de nossas ações e comportamentos, como Elias (1998) diz, nos remete ao que lembramos, à nossa memória. Assim, Beauvoir (1990) e Bosi (1994) mostram como a memória, as lembranças das pessoas idosas, é relevante para a reflexão sobre o presente e como a sociedade deve cuidar e dar atenção aos idosos. A velhice passou a ser tratada de forma repressora pelo outro, ela é sentida através do olhar de um outro (mesmo esse sendo idoso) menosprezando, discriminando e excluindo o idoso do meio social, com suas lembranças e memórias (BOSI, 1994).

O homem idoso interioriza seu passado sob a forma de imagens, de fantasmas, de atitudes afetivas. Depende desse passado ainda de outro modo: é o passado que define minha situação atual e sua abertura para o futuro; ele é o dado a partir do qual eu me projeto, e que tenho de ultrapassar para existir. Isso é verdade em qualquer idade. Eu conservo, do passado, os mecanismos que se montaram no meu corpo, os instrumentos culturais de que me sirvo, meu saber e minhas ignorâncias, minhas relações com outrem, minhas ocupações, minhas obrigações (BEAUVOIR, 1990, p.459).

Beauvoir (1990) nos diz que a velhice representa idéia de finitude, de recordações e lembranças do passado, e que essas se tornam mais fortes e presentes, o que provoca uma visão da velhice como imperfeição, pois suas lembranças são de que o tempo não produziu seus desejos, a seqüência de

acontecimentos planejada não foi efetivada, é como se o tempo a tivesse traído. Além disso, o idoso se revolta contra os outros, sua presença no mundo dos adultos é abalada, é excluído da sociedade e deixado no isolamento. Porém, de acordo com a autora, a idade cria mecanismos de autodefesa, o tempo promove adaptações que permitem à velhice se adequar às exigências da sociedade. A inatividade dos idosos não é uma fatalidade natural, mas uma opção social, não existindo somente uma velhice, mas uma diversidade de tipos, sendo consequência da classe social à qual o idoso pertence.

Ao envelhecer, os explorados são condenados, senão à miséria, pelo menos a uma grande pobreza, a moradias desconfortáveis e à solidão, o que acarreta neles um sentimento de decadência e uma ansiedade generalizada. Mergulham numa bestificação que repercute no organismo; mesmo as doenças mentais que os afetam são em grande parte produtos do sistema (BEAUVOIR, 1990, p.662).

Ainda acrescenta: “É por isso que todos os remédios que se propõem para aliviar a depressão dos velhos são tão irrisórios: nenhum deles poderia reparar a sistemática destruição de que os homens foram vítimas durante toda a sua existência” (BEAUVOIR, 1990, p.663).

A velhice, segundo Beauvoir (1990), é ainda mais problemática na mulher e naquelas pertencentes à classe social baixa isto se intensifica, visto que a sobrevivência é mais penosa. Nesse sentido, existe acúmulo de dificuldades por consequência do gênero, da idade, da classe social. A autora refere que a aposentadoria dos homens não é vista com alegria, pois, além de diminuir a renda da família, gera aumento do trabalho da mulher.

As mulheres vivem mais tempo: são os grandes velhos solitários que constituem a camada mais desfavorecida da população. Mas no conjunto, a mulher idosa adapta-se melhor que seu marido à sua condição. Dona-de-casa, mulher doméstica, sua situação é a mesma que a dos camponeses e dos artesãos de outrora: para ela, trabalho e existência se confundem. Nenhum decreto exterior interrompe brutalmente suas atividades. Essa crise, que se produz, geralmente, muito cedo, muitas vezes a perturba.

De qualquer modo, entretanto, não fica inteiramente ociosa; e seu papel de avó lhe traz novas possibilidades (BEAUVOIR, 1990, p.324).

Várias mudanças envolvem velhice e gênero, sendo peculiares a cada país, cada sociedade, a cada grupo. Camarano (2003), analisando dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) entre os anos de 1980 e 2000, constatou que a população idosa possui características próprias e diversas, marcadas pelas diferenças de sexo, estado civil, etnia, entre outras. A viuvez é estado conjugal predominante nas mulheres idosas (cerca de 41% das mulheres brasileiras idosas e apenas 13% dos homens), as quais na maioria eram brancas. Observou-se que o setor de atividade que mais absorve mulheres idosas é o de serviços domésticos (condizendo com a precarização do trabalho feminino relatado por Nogueira, 2004). De acordo com Camarano (2003), a mulher idosa de hoje, além de continuar desempenhando seu papel de cuidadora, atua como provedora. Observou também aumento do número de mulheres idosas chefes de famílias (de 31,6% no ano de 1980 para 42,6% em 2000), diminuição do número de mulheres pobres com renda *per capita* do domicílio abaixo de meio salário mínimo (de 38,1% em 1980 para 16,8% em 2000) e aumento do número de aposentadas (de 39,2% em 1980 para 76,6% em 2000).

Segundo Debert (1999a, 1999b), a velhice ganhou novos conceitos, passou, progressivamente, no Brasil, de uma representação privada e familiar a uma expressão social, a uma representação pública, fazendo com que ganhe autonomia de decisão política e individualizando suas responsabilidades. Desse modo, a velhice não é mais um problema da família, do Estado, é uma responsabilidade de quem envelhece. A isso se acrescentaram os estilos de vida propostos pela mídia, por especialistas, incentivando e transformando o idoso em grande consumidor de técnicas da boa aparência e do bem-estar, das dietas, dos exercícios, dos medicamentos, dos cosméticos, das vitaminas. A juventude passou de um estágio a um valor, um bem a ser “conquistado em qualquer idade, através

da adoção de estilos de vida e formas de consumo adequadas” (DEBERT, 1999b, p.21).

Para a autora, o idoso se transformou, apoiado pelas tecnologias e pela mídia, em alvo do mercado de consumo. A autora, entrevistando idosos de classe média em Campinas-SP, observou que referiam como marcador de sua velhice não a idade, mas a perda de autonomia, e que todos se consideravam independentes, sendo que a realização do trabalho doméstico significava reafirmar tal autonomia. Porém, a idade, segundo Debert (1999a, 1999b), é um importante marcador que faz criar atores políticos com seus direitos, deveres, leis e na definição de novos mercados de consumo. Há diversas diferenças culturais entre idade e o papel social no envelhecimento, pois a velhice é heterogênea, marcada por diversidades de gênero, classe social, entre outras.

Nessa perspectiva, Minayo e Coimbra Júnior (2002) nos dizem que o número de idosos aumentou e a expectativa é de aumentar ainda mais, levando ao investimento no mercado de consumo dessa população a ser promissor, inclusive através de sua própria saúde. Para exemplificar, podemos citar os planos de saúde, o empenho dos laboratórios farmacêuticos na descoberta e comercialização de medicamentos e os investimentos pedagógicos, como o surgimento das Faculdades de Terceira Idade. Criou-se a concepção de que ser idoso é ser fraco, um fardo para a família e para o Estado, é ser consumidor excessivo de medicamentos.

É interessante notar que a maioria dos medicamentos mais modernos, por meio dos quais a indústria farmacêutica mais lucra, estão voltados para o ‘envelhecimento com qualidade de vida’ ou para manter o mito da imortalidade ou da eterna juventude, com base em pesquisas farmacológicas e genéticas de ponta (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002, p.20).

Assim, as concepções de gênero e envelhecimento influenciam no consumo de medicamentos. Além disso, observamos a ocorrência de mudança de suas concepções, influenciada por diversos fatores como tecnologias, mídia, consumismo, entre outros, moldando o uso de

medicamentos, que se torna então correspondente aos valores ditados pela sociedade, como, por exemplo, a busca da eterna juventude, a disciplina do trabalho, o trabalho perpétuo da mulher.

Na seqüência, procuraremos analisar o medicamento escolhido como objeto de nossa pesquisa, os benzodiazepínicos.

2.7 Psiquiatria e a psicofarmacologia

Apesar de nosso estudo se concentrar nas terapias utilizadas na atualidade, com destaque para os medicamentos benzodiazepínicos, por acreditarmos que o hoje é composto pela expansão do passado, é importante citarmos algumas terapias antes desenvolvidas e utilizadas na psiquiatria. Acreditamos que a utilização de calmantes veio para substituir outras terapias consideradas inferiores, porém não descartamos seus malefícios. Desse modo, refletimos sobre seus efeitos na sociedade, sendo tanto o modo como é utilizado como porquê o são, também, reflexo das concepções científicas e de seus consumidores. O surgimento dos psicofármacos, como os benzodiazepínicos, é visto através de uma seqüência de terapias para tratar as doenças mentais, a loucura, os comportamentos desviantes supostos dignos de tratamento pela sociedade e pela medicina.

Para ilustrarmos as terapias utilizadas para tratar as doenças mentais tomamos o exemplo da loucura (devemos lembrar que a loucura possuía um conceito amplo que incluía diversas doenças mentais). De acordo com Pessotti (1994), a loucura passou, historicamente, por diversas concepções e, com isso, por várias terapias. Na Antigüidade, a loucura fora tratada através de rituais, numa forma de buscar harmonia entre os homens e os deuses e o equilíbrio entre o meio ambiente e o corpo humano. Uma das formas de se alcançar o equilíbrio era o uso de purgativos para expulsar supostas substâncias que provocavam a loucura. Na Idade Média, o tratamento da loucura era baseado na visão religiosa do cristianismo, sendo os demônios a causa da loucura, justificando terapias como exorcismo,

peregrinações, confissões, multiplicação do sinal-da-cruz e preces. Somente a partir do século XVIII a psiquiatria se estruturou, impondo terapias baseadas na clínica e no uso do tratamento moral dado por Pinel³⁵, corrigindo vícios, determinando padrão aceito de comportamento e combatendo os comportamentos desviantes.

O tratamento moral pode ser entendido através de duas novelas de Tchékhov (s/d). Em “Uma crise”, o personagem Vassíliev supunha que a moralidade só seria alcançada com sofrimento. Ao ver a prostituição como uma imoralidade, sem nenhum sofrimento, sem culpa, sem disciplina, Vassíliev sentiu tamanha perturbação que fora levado ao psiquiatra. São perturbações do tipo que acometeu Vassíliev que levaram a sociedade a corrigir os indesejados, os que fugiam às regras sociais. Em outra novela, “Enfermaria n.º 6”, o médico Andriéi Lefímitch passa a admirar a inteligência de um de seus pacientes psiquiátricos e a lhe dedicar horas de conversa. Devido a isso passou a ser notado e julgado por seus colegas de trabalho e, já considerado velho e inútil, a ser recriminado, sendo todas as suas atitudes consideradas sinal de loucura, de desvio. Por isso acaba sendo despojado de seus bens, de sua fala, de suas idéias, restando-lhe a reclusão, as correções, as torturas e a medicalização que a Enfermaria n.º 6 propunha. As duas novelas de Tchékhov mostram que as regras sociais eram a base do tratamento moral utilizado pela psiquiatria.

Ksensée (2002) alerta que a psicofarmacologia pode produzir efeitos tão danosos quanto o tratamento moral. Os psicofármacos podem fazer com que a subjetividade do sujeito seja reduzida. Não sendo dono de sua palavra, o doente não é mais sujeito de sua palavra e sim uma sintomatologia provocada pelos psicofármacos.

Apesar de Pessotti (1994) ter mostrado as diversas concepções e formas de tratamento da loucura ao longo da história, as terapias podem ser

³⁵ Pinel é considerado o “pai da “psiquiatria”, fez, no fim do século XVIII na França, a primeira classificação de doenças mentais da psiquiatria como especialidade médica, organizou o primeiro hospital psiquiátrico moderno. O isolamento do doente em hospitais psiquiátricos favoreceu os preceitos de Pinel: além de vigiar, castigar e punir os doentes, permitia observar, descrever, comparar e classificar os doentes.

consideradas, também, atemporais na medida em que coexistem diversidades de curas. As terapias variam no tempo e no espaço.

Segundo Foucault (1997a), nos séculos XVII e XVIII, havia enorme diversidade de terapias: uso do ferro por acreditar que espíritos provocavam a loucura através de vibrações e por isso necessitavam de algo forte para fortalecer as fibras nervosas; uso de transfusão de sangue por acreditarem que um sangue novo e claro produziria movimentos dissipadores dos delírios; acreditavam ainda que a doença era produzida por impurezas no organismo, então receitavam algumas ações e produtos para produzir purificações, como as sangrias, purgações, banhos (imersão do doente na água), duchas, sarna, eczema, varíola, quinina, consumo de sabão em jejum, comer frutas saponáceas como cerejas e morangos, uso de vinagre; uso do movimento (supunham que a doença era consequência do movimento desordenado das fibras e idéias, movimentar era visto como um controlador), caminhar, viajar e o medo (acreditavam que o medo fazia petrificar as fibras desordenadas) eram receitados; supunham que os delírios eram uma espécie de sonhos do qual o doente deveria ser despertado e para tal o queimavam.

Ainda, segundo Foucault (1997a), o século XVIII teria sido também marcado pelo surgimento de uma sociedade punitiva, que se consolida no século XIX. Essa sociedade investira sobre o corpo pelos castigos, pela reclusão. Fora através de um olhar fiscalizador e punitivo que essa sociedade se fundou, fazendo uso da disciplina, do controle dos movimentos, da “docilização” do corpo, deixando-o obediente e passivo à ordem. O poder estava centralizado no Estado, sendo a medicina sua aliada para corrigir e disciplinar o sujeito. Os não disciplinados, os ditos anormais, eram para ser enclausurados, tendo-se como exemplo as pessoas com doença mental, retidas nos hospitais psiquiátricos, lugar onde se observam e classificam os doentes e seus sintomas, fazendo a verdade médica então surgir.

De acordo com Deleuze (1992), essa sociedade disciplinar deu lugar a uma sociedade baseada no controle. A disciplina agia em sistemas

fechados, confinando as pessoas em prisões (as penas substitutivas), hospitais (o desenvolvimento dos hospitais-dia, o atendimento em domicílio), fábricas (estas foram substituídas por empresas³⁶), escolas (a utilização de avaliações e formação permanente). Este confinamento não é mais necessário, devido à existência de dispositivos que controlem continuamente de forma instantânea. Em cada sociedade se desenvolvem mecanismos de controle diferentes, na atual sociedade o controle é apoiado pelas tecnologias, “as máquinas simples ou dinâmicas para as sociedades de soberania, as máquinas energéticas para as de disciplina, as cibernéticas e os computadores para as sociedades de controle” (1992, p. 216). A este respeito podemos citar os medicamentos tranqüilizantes utilizados para controlar comportamentos, o que pode proporcionar o incentivo descabido de seu consumo.

Segundo Berman (1986), a modernidade proporciona paradoxo e contradição ao ser revolucionária e conservadora. A modernidade centrou-se na busca do novo, procurando constantemente apagar o passado, o que faz do ser humano transcendente de si próprio, dinâmico. A este respeito Berman (1986) faz um parâmetro na sociedade com o personagem Fausto da obra literária de Goethe, *Fausto*. Com esta análise, Berman (1986) nos diz que a sociedade se desenvolveu com base em um modelo fáustico de desenvolvimento. Esta relação decorre do fato de a ação humana perder o controle sobre suas atitudes, destruindo o velho e construindo o novo. O personagem Fausto vende sua alma para Mefistófeles em troca de determinados bens como dinheiro, sexo, domínio dos outros, fama e glória. Mefistófeles, pensando ter Fausto sobre seu domínio, perde o controle devido aos empreendimentos de Fausto: o desejo de desenvolvimento que se desenvolve por si. Neste contexto, tudo que se solidificar, se estagnar, e as pessoas que não forem úteis ao desenvolvimento perpétuo serão descartáveis.

³⁶ O corpo único de funcionários se dissolveu através da contraposição entre si, pelos salários por méritos. Deleuze (1992, p. 221) diz: “Sem dúvida a fábrica já conhecia o sistema de prêmios, mas a empresa se esforça mais profundamente em impor uma modulação para cada salário, num estado de perpétua metaestabilidade, que passa por desafios, concursos e colóquios extremamente cômicos”.

Mesmo nas partes mais altamente desenvolvidas do mundo, todos os indivíduos, grupos e comunidades enfrentam uma terrível e constante pressão no sentido de se reconstruírem, interminavelmente; se pararem para descansar, para ser o que são, serão descartados (BERMAN, 1986, p.77).

Relacionando-se a um modelo fáustico de desenvolvimento, podemos supor que os medicamentos podem contribuir para a construção deste mundo, ora estimulando as energias do organismo, ora controlando, através dos psicotrópicos, a ansiedade, as frustrações, os desencantos, as infelicidades, as incapacidades de acompanhar o próprio modelo fáustico de desenvolvimento, procurando se moldar e se adaptar a uma realidade mutável. No entanto, o uso de medicamentos psicotrópicos pode fugir ao controle quando seus usuários se tornam dependentes ou toxicômanos. Os medicamentos são prescritos pelos médicos, supondo que se tenha um controle sobre a maneira que o paciente irá tomá-los. Os medicamentos são uma relação que se adapta à realidade do desenvolvimento fáustico, acompanhando-o e refletindo a realidade, procurando, muitas vezes, controlar a ansiedade que o mundo moderno produz. Berman (1986, p.70), citando parte de Fausto, nos remete à reflexão sobre o mundo moderno construído por nós mesmos:

De repente, quatro mulheres espectrais, de cinza, levitam na sua direção e proclama seus próprios nomes: elas são a Necessidade, a Pobreza, a Culpa e a Ansiedade. Todas elas são forças que o programa de desenvolvimento de Fausto havia banido do mundo exterior, mas se insinuaram de volta como espectros dentro dele, a Ansiedade, continua a persegui-lo (...). Fausto expulsa a Ansiedade de sua mente, como havia expulsado o demônio algum tempo atrás. Mas, antes de partir, ela sopra seu bafo sobre ele – e cega-o com esse bafo. Enquanto o toca, ela lhe diz que esteve cego todo esse tempo; todas as suas ações e visões cresceram fora da escuridão interior. A Ansiedade que ele jamais admitiria lançou-se em profundidade muito além do seu entendimento.

Como nosso objeto de estudo, os calmantes, são utilizados para conter a ansiedade, podemos relacionar este uso aos sofrimentos internos

de Fausto, pois mostram que as necessidades, a pobreza e a culpa, devido aos empreendimentos decorrentes do desenvolvimento (materialista), tornam-se insignificantes frente à ansiedade.

Para Le Breton (2003), em nossa sociedade, ocorre constante vigilância e sentimento de onipotência gerado pelo uso de psicofármacos. Controlar o humor cotidiano transformou-se em peça chave para o sucesso, para a competitividade do mercado. As expressões naturais devem, no mundo capitalista, ser abandonadas em função de um padrão comportamental, induzindo a gestão do humor com hora e data determinada. A vida cotidiana passa a ser controlada pelos psicofármacos. Notamos que a psiquiatria impõe a validade de suas técnicas terapêuticas através de terapias que afirmam o corpo de forma objetiva.

Foucault (1997b, p.50) afirma que o “poder do médico lhe permite produzir, a partir de então, a realidade de uma doença mental cuja propriedade é reproduzir os fenômenos inteiramente acessíveis ao conhecimento”. Esse conhecimento foi reduzido aos hospitais psiquiátricos e hospícios. As instituições eram justificadas, principalmente, por cinco razões, na verdade, formas de estabelecer um poder terapêutico sobre o doente:

[...] (1) assegurar sua segurança pessoal e a de suas famílias; (2) liberá-los das influências externas; (3) vencer suas resistências pessoais; (4) submetê-los à força a um regime médico; (5) impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais (FOUCAULT, 1997b, p. 55).

Para Foucault (1997b, p.53-55), a história moderna passou por duas formas de “despsiquiatrização”, mudanças em termos terapêuticos, reajustados ao poder médico, acontecimentos que agiram contra a hospitalização, mas que favoreceram o poder do médico. Uma forma anulando a produção da verdade, a outra tornando adequada a verdade do poder médico. A primeira está relacionada aos diagnósticos e à aplicação de técnicas precisas suficientes para que as manifestações da doença mental desapareçam, tentando-se chegar à anulação da psiquiatria por sua própria

eficiência, a “psicocirurgia e a psiquiatria farmacológica são as suas duas formas mais notáveis”. A segunda forma é inversa à primeira, torna intensa a produção da loucura na sua verdade, mas controlada pelo poder médico, sai da esfera do hospício e produz liberdade de expressão do doente, trata-se mais de fazer o doente expressar verdades do que anular o hospício. O que está em jogo é o poder, poder que dita que o médico é a pessoa qualificada para dizer quem é doente mental e que justifica uma “sobremedicalização” da doença mental através da psicofarmacologia.

É na estrutura asilar, na reclusão dos pacientes, que se centrou o modelo positivista biomédico, no uso constante de medicamentos, acreditando que faziam todo o trabalho terapêutico, em sua química, como nos diz Costa-Rosa (2000, p.153): “Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica; a eficácia do tratamento espera-se, portanto, que venha da química”.

Podemos referir diversas terapias usadas pela psiquiatria, muitas em desuso na atualidade, que foram substituídas pela psicofarmacologia na década de 1950, como choque insulínico, choque cardiazólico, eletroconvulsoterapia, lobotomias e malarioterapia.

Essa terapia favoreceu, segundo Amarante (1994), à psiquiatrização da sociedade, pela qual os medicamentos eram mais utilizados para favorecer os interesses comerciais das indústrias farmacêuticas e para “docilizar” os pacientes do que para buscar melhorias na saúde. Costa-Rosa (2000, p.162) refere que o modo asilar produz “uma hipertrofia do que aí mesmo se denomina os ‘defeitos de tratamento’ (como cronificação asilar ou benzodiazepinização, por exemplo)”.

Gorenstein e Scavone (1999) dizem que o benefício dos medicamentos utilizados na psiquiatria teria sido a diminuição da hospitalização, pois permitiu que, através de uma visão especialista, pudessem ser descobertos tratamentos precisos e eficazes, e que os pacientes pudessem ser tratados em casa. No entanto, segundo o autor, a psicofarmacologia teve poucos avanços nos últimos anos, pois, apesar do

aumento no número de drogas, essas não diferem em termos de eficácia quando comparadas aos compostos originais descobertos nas décadas de 1940 e 1950.

Segundo Bezerra Júnior (1992), a psiquiatria produziu, com a psicofarmacologia, redução dos tratamentos a repetidas prescrições de medicamentos, onde o paciente não é ouvido e sim medicado. Assim, a atual lógica valorizadora do tratamento ambulatorial da doença mental possui uma série de desajustes. As diferenças econômicas e sociais fazem com que os tratamentos sejam diferenciados entre as classes sociais, deixando os menos favorecidos mais susceptíveis ao uso indevido de medicamentos. Assim Bezerra Júnior (1992, p.137) diz:

Enquanto para a elite existem os divãs, os consultórios, a relação terapeuta-cliente personalizada, as técnicas mais variadas, para a maioria da população nada mais resta que a internação ou as << consultas >> de cinco minutos em ambulatórios que mal merecem este nome, onde as filas, o descaso, a falta de condições materiais transforma o que deveria ser um ato terapêutico num mecânico e interminável ritual de prescrição de remédios e cronificação do sofrimento.

Segundo Bezerra Júnior (1992), o aumento da assistência à saúde mental prestada à população é resultado do processo de individualização dos problemas sociais e coletivos, sendo isso reforçado pelo aumento do consumo de psicofármacos, utilizados para tratar os problemas sociais e coletivos como problemas individuais. Assim, o aumento da assistência médica psiquiátrica não significou melhoria proporcional da qualidade de vida.

Para Rodrigues (2003), o uso de medicamentos psicotrópicos na psiquiatria permitiu que essa almejasse a busca da precisão de tratamento, adequando-se ao modelo científico rigoroso nos moldes positivistas: a troca de tratamentos imprecisos por tratamentos rápidos e eficazes, adaptados à metodologia “cientificista-biologicista-farmacológica”, desvalorizando os modelos cognitivos comportamentais, medicalizando a vida cotidiana e valorizando a simplificação e o menor esforço. A doença passou a ser

objetivamente tratada e as experiências subjetivas, não podendo ser mensuradas ou quantificadas, passaram a ser desconsideradas, ambicionando-se padronização de sinais e sintomas com a finalidade de precisão e de constantes diagnósticos baseados em escalas e regras quantificáveis, marcando as diferenças entre normal e patológico, esquecendo-se da doença como construção social e histórica. Assim, o uso de psicotrópicos sob incentivo da mídia, da propaganda de medicamentos e do modo de produção capitalista pode silenciar os desajustes sociais, visto que seu uso promove o silêncio daqueles que os utilizam.

Perrusi (1995), entrevistando médicos psiquiatras, encontrou a prevalência do par saúde/doença, pelo qual ocorre a expressão do modelo biomédico, as representações de doença mental, tendo como características a sua “etiologização” e “ontologização”, sua medicalização, classificação nosográfica e sintomatológica, diminuição dos sintomas como objetivo da terapia e controle social do comportamento desviante. Além disso, acrescenta-se que a psiquiatria utiliza o conceito de normal como média dos comportamentos, padronizando-os. O distanciamento desse padrão seria o comportamento desviante. Dessa forma, o anormal é visto como patológico. O autor acrescenta que o conceito de normal como média pode ser aplicado aos processos fisiológicos, mas na psiquiatria isto seria falho, pois se confundiria de maneira perigosa com um comedimento moral. A psiquiatria analisa o paciente de maneira diferente das outras especialidades médicas e tenta minimizar o preconceito social contra a doença mental, ao mesmo tempo que forma rotulações do comportamento desviante. Assim, a psiquiatria contribui para o aumento do entendimento das doenças mentais como desvios de comportamentos.

O psiquiatra “olha” clinicamente a doença mental – ou, pelo menos, tenta –, porém não consegue relacionar, de forma precisa, um sintoma visível com uma causa orgânica ou funcional invisível, como é a de praxe na clínica médica. O sintoma que o psiquiatra “vê” é o comportamento desviante do paciente, que não pode ser enquadrado pacificamente numa conexão causal com disfunções ou lesões orgânicas (PERRUSI, 1995, p.209).

Assim, a “identidade entre a doença orgânica e a mental revela, na verdade, um reducionismo em que a especificidade do psíquico é opacificada” (PERRUSI, 1995, p.211). E “foi a partir do monopólio terapêutico que a Medicina pôde, aos poucos, projetar socialmente a sua representação biomédica de doença” (PERRUSI, 1995, p.215). Eis aqui o motivo, segundo o autor, de a psiquiatria ser envolvida pela visão ontológica da doença mental, através da exclusividade da terapia medicamentosa, do seu distanciamento da psicologia, do olhar psíquico.

A dessubjetivação do psiquiatra apresenta-se, além do seu próprio efeito alienador óbvio, como um motivo de proteção e de alívio para o psiquiatra. “Olhar” um paciente psiquiátrico como uma objetividade natural – uma doença orgânica – evita o contato comunicativo com este doente; evita tomar consciência de que, a “neutralidade” do psiquiatra evita o seu envolvimento com o intenso sofrimento psíquico do paciente (PERRUSI, 1995, p.219).

O uso da psicofarmacologia moderna aplicada aos transtornos psiquiátricos foi, de acordo com Goresnstein e Scavone (1999), iniciada na década de 40, tendo grande difusão, sendo que até o final da década de 50 já existiam os seguintes grupos de drogas capazes de promover efeitos clínicos em transtornos psiquiátricos: os antipsicóticos (clorpromazina e haloperidol), os antidepressivos (imipramina e iprioniazida), e os ansiolíticos (meprobamato e o primeiro benzodiazepínico – clordiazepóxido). Esses medicamentos proporcionaram um modo diferente de se tratar a doença mental.

Os benzodiazepínicos estão na seqüência de diversas terapias utilizadas ao longo da história, consumidos devido às diferentes concepções de doença, seja pelos pacientes, seja por seus prescritores.

Veremos a seguir, através de diversas pesquisas, certas características relacionadas ao maior consumo desse tipo de medicamentos, procurando analisar seus porquês e investigando quais as conseqüências para a sociedade e para seus próprios consumidores e, assim, justificamos a importância de nossa pesquisa e do público escolhido.

2.8 O surgimento dos benzodiazepínicos

Apesar de nosso estudo não analisar os benzodiazepínicos como objeto estritamente farmacológico, mas como objeto simbólico e social, é necessário definir e esclarecer suas origens e funções.

De acordo com Silva (1999), o primeiro benzodiazepínico foi sintetizado em meados da década de 1950, pelo laboratório norte-americano F. Hoffmann-La Roche, sendo denominado benzodiazepínico devido à sua estrutura química. A comercialização foi efetivada, a partir de 1960, com o clordiazepóxido e em seguida com o diazepam, que se tornaram em poucos anos num dos medicamentos mais usados no mundo.

Os benzodiazepínicos podem ser prescritos como sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes. Na atualidade, podemos encontrar entre eles o midazolam, alprazolam, bromazepam, lorazepam, clordiazepóxido, clonazepam, diazepam, netrazepam, flurazepam, entre outros (SILVA, 1999).

Laranjeira e Castro (1999) dividem os usuários crônicos de benzodiazepínicos em: usuários médicos (os que os utilizam por indicação médica, como nos casos de epilepsia, espasmos musculares); usuários diurnos (os que usam por indicação psiquiátrica, como os pacientes com ansiedade crônica); usuários noturnos (usuários que apresentam alterações crônicas do sono), e os poliusuários de drogas (pacientes que usam de forma indiscriminada e ilícita com outras drogas de abuso).

Para Bernik (1999), um dos fatores que levaram os benzodiazepínicos a ser tão utilizados foi sua popularidade em conjunto com drogas ilícitas, iniciado na década de 1960. Além disso, o autor ressalta o otimismo dos médicos em receitá-los e o grande empenho mercadológico da indústria farmacêutica (propaganda, *marketing*, pesquisas, publicações científicas, etc.).

Pesquisas apontam que o uso de medicamentos é mais freqüente entre as mulheres, sendo intensificados a partir dos 60 anos de idade, e os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais utilizados no mundo

(VERAS; COUTINHO; COELI, 1998; SILVA, 1999; VERAS; ALVES, 1999; CHAIMOWICZ; FERREIRA; MIGUEL, 2000; NOTO et al., 2002), estimando-se que a cada cinco anos seu consumo dobra (AUCHEWSKI et al., 2004). Vários autores mostraram que os benzodiazepínicos estão, também no Brasil, entre os medicamentos mais consumidos (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000; NOTO et al., 2002).

De acordo com Tancredi (1985), dentre os psicofármacos consumidos no Brasil e no mundo, mais de cinquenta por cento são benzodiazepínicos. Segundo o autor, apesar de no Brasil somente uma pequena parcela da população ter maior acesso à assistência médica, comparado aos países europeus, o consumo, também grande nas classes baixas, é favorecido pela elevada automedicação e compra de remédios sem receita, indicados por balconistas de farmácia ou drogaria.

Carlini e Formigoni (1988), que analisaram o impacto das leis criadas em 1987 para aumentar o controle sobre a venda de drogas psicotrópicas nas farmácias e drogarias, afirmam que, se comparadas ao ano anterior, a aplicação destas leis somente fizeram diminuir a venda ilegal desses medicamentos, mas não acabar. E a diminuição da venda ilegal tem como fator colaborador o aumento de consumo de calmantes naturais industrializados.

Auchewski et al. (2004), investigando o conhecimento a respeito dos efeitos colaterais dos benzodiazepínicos em Curitiba, constataram que de 120 pessoas entrevistadas somente 13% foram informados de que os benzodiazepínicos podem provocar diminuição da atividade psicomotora podendo interagir com outras drogas como o álcool e oferecem o risco de desenvolver dependência³⁷; 19% não receberam nenhuma das três informações; 40% tiveram acesso a apenas uma das informações, tendo a dependência a menor atenção. Nessa pesquisa, os autores também

³⁷ Dependência é vista como um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos relacionados ao seu uso continuado, apesar dos problemas conseqüentes a esse uso. Sua definição clínica inclui tolerância (necessidade de consumo de quantidades crescentes para obter o mesmo efeito desejado ou redução do efeito consumindo doses habituais) e abstinência (sintomas gerados pela ausência ou diminuição do consumo da substância) (OMS, 1993; DSM-IV, 1995).

observaram que 95% dos entrevistados eram idosos, mais da metade (61%) usavam o medicamento de modo contínuo há mais de um ano, tendo 94% desses, insucessos na interrupção da medicação. Segundo os autores, pode ser consequência da desinformação dos pacientes, pois os entrevistados não lembraram, não deram importância, ou realmente não conheciam as informações, sugerindo que os médicos não estão fornecendo as informações necessárias sobre os benzodiazepínicos ou essas não estão sendo enfatizadas. Dentre esses, os psiquiatras e neurologistas informaram menos que os clínicos gerais.

Segundo Carlini e Nappo (2003), os benzodiazepínicos estão entre as substâncias psicoativas mais vendidas no Brasil, as cinco especialidades médicas que mais prescrevem em ordem decrescente são: clínicos gerais, psiquiatras, neurologistas, cardiologistas e ginecologistas.

Noto et al. (2002), pesquisando as prescrições de psicotrópicos de estabelecimentos fornecedores de medicamentos (drogarias, farmácias, postos públicos e hospitais) em cidades de São Paulo, concluíram que há maior número de prescrições de benzodiazepínicos, principalmente de diazepam, bromazepam e clonazepam. Além disso, observaram o uso incorreto desses medicamentos provocados pelas receitas adulteradas, falsificadas, rasuradas, vencidas, através das quais os pacientes estavam tomando mais medicamentos do que o prescrito para seu tratamento. A análise dessas prescrições teve como parâmetro a Portaria SVS/MS 344, de 12 de maio de 1998, que regulamenta o uso de psicotrópicos no Brasil e sua comercialização e prevê que os benzodiazepínicos devem ser adquiridos pelos pacientes somente através de receituário padronizado de cor azul, tendo o paciente que se identificar assim como o médico prescritor; a receita tem validade de trinta dias a partir de sua prescrição, não devendo conter rasuras ou outros erros, sendo permitida somente a quantidade de comprimidos prescritos por um tratamento não mais do que sessenta dias; as embalagens dos benzodiazepínicos devem conter uma faixa de cor preta e conter os dizeres: "Venda sob Prescrição Médica" - "O Abuso deste Medicamento pode causar Dependência"; seus dispensadores devem fazer

controle de seu estoque através de livro específico de controle de estoque que contém o nome de seus consumidores.

Podemos acrescentar, portanto, que o uso constante de benzodiazepínicos faz com que os paciente tenham contatos contínuos com seus médicos para a aquisição de receitas.

O controle do consumo dos benzodiazepínicos é, porém, muitas vezes falho. Segundo Laranjeiras e Castro (1999), os pacientes possuem artifícios para usarem indevidamente os benzodiazepínicos, como a adulteração de receitas e a capacidade de induzir o médico a prescrevê-los. Além disso, segundo os autores, há participação dos profissionais da saúde nesses tipos de uso através dos médicos desatualizados que desconhecem os efeitos farmacológicos dos medicamentos; dos médicos ludibriados, que são enganados pelos pacientes; dos médicos desonestos, que fornecem receitas em troca de pagamento em dinheiro; dos médicos incapacitados, como os dependentes químicos, deprimidos, dementes, etc.

Allgulander, Borg e Vikander (1984), em estudo prospectivo pelo qual acompanharam pacientes por um período de quatro a seis anos e após internação para desintoxicação devido à dependência de drogas hipnóticas e sedativas como os benzodiazepínicos, observaram que a maioria continuava a usar os benzodiazepínicos, conseguidos através de médicos ou não, além de os utilizarem com bebidas alcoólicas. No entanto, a dependência de benzodiazepínicos nem sempre é enfatizada, segundo Laux e König (1987), pois existe a não-notificação nos prontuários médicos desse tipo de dependência, além de que termos como abuso, uso incorreto e dependência, não são claros.

Segundo Williams e McBride (1998), a história dos benzodiazepínicos está dividida em três etapas. A primeira seria sua introdução publicitária, com exagero de propaganda e de expectativa. A segunda etapa é a de identificação de novos problemas sobre seu incerto desenvolvimento, papel e utilidade. A terceira é a fase das eventuais resoluções das incertezas e inseguranças para esclarecer a definição de indicações de uso, contra-

indicações, precauções e efeitos, devido à visibilidade progressivamente maior de seus efeitos indesejados.

Para Mastroianni, Galduróz e Carlini (2003), as informações sobre os medicamentos psicoativos referentes ao uso, reações adversas ao medicamento, interações com outros medicamentos, contra indicações, advertência e precauções estão presentes em menor frequência e com letras de difícil visualização do que as informações que favorecem ou incentivam o consumo. Dos anúncios de propagandas analisados pelos autores, somente 38,2% continham todas as informações necessárias, sugerindo que a legislação sobre a propaganda de medicamentos está surtindo pouco efeito e, conseqüentemente, facilitando o aumento do uso incorreto de medicamentos.

3. METODOLOGIA

De acordo como os objetivos propostos, a abordagem qualitativa foi a que mais se adequou. Para tal, fizemos uso de entrevistas semi-estruturadas ou semi-abertas¹, de caráter individual, gravadas em fitas cassetes, transcritas e analisadas com apoio de outras anotações feitas. Foi realizada uma entrevista para cada usuária de benzodiazepínicos, no Núcleo de Saúde Mental, durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 2004. O local das entrevistas foi o próprio Núcleo de Saúde Mental realizadas, de acordo com o consentimento das entrevistadas². Realizamos, antes de elaborar o roteiro das entrevistas, estudo sistematizado sobre a literatura existente que aborda o tema, possibilitando projetarmos com coerência a pesquisa.

As transcrições foram feitas de forma a repetir as sensações e emoções das entrevistadas, refletindo o que ouvimos no momento da entrevista e o que sentimos na interação naquele momento, e, exteriormente, a realidade e as questões relevantes. Por isso, as transcrições não foram feitas por outras pessoas, pois ficariam restritas ao que se ouve na fita. Nesse sentido, Queiroz (1983, p.83) nos diz que

A transcrição efetuada pelo próprio pesquisador tem, também, o valor de uma primeira reflexão sua sobre a experiência de que partilhou, e que ele cria uma segunda vez ao escutar a fita. Porém, nesta segunda vez, uma distância se estabeleceu entre ele e o informante, representada pela fita gravada, – distância que constitui uma ‘colocação em situação’, que possibilita captar toda a experiência havida a partir, agora, do exterior, sem a acuidade dos envoltórios emocionais que o contexto vivo acarreta.

Como compartilhamos a existência de duas correntes que se destacam na metodologia de pesquisa, a quantitativa e a qualitativa, foi necessário delimitar o tipo escolhido e o seu porquê. A dicotomia entre pesquisa quantitativa e qualitativa é histórica, alguns autores propõem a relevância de uma sobre a outra, outros enfatizam uma ação conjunta para

¹ Ver Anexo A

² Utilizamos Consentimento Livre e Esclarecido, redigido segundo as recomendações éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Ver Anexo B.

um estudo que visa a ampliação do entendimento dos problemas pesquisados, outros nos dizem que a escolha da metodologia depende do estudo a ser desenvolvido. Para melhor entendimento desses tipos de metodologia faremos uma investigação sobre os conceitos de ambas.

Segundo Tobar e Yalour (2001, p.94), a pesquisa quantitativa “procura analisar fatos como se fossem coisas exteriores e submetidas a leis e padrões gerais”. Para os autores, ela dá preferência à experiência, ao uso de questionário com perguntas fechadas e precodificado; procura a precisão matemática e o uso de modelos estatísticos; procura anular qualquer uso de valores ou crenças. Enquanto Chizzotti (1995), reafirmando esse conceito e denominando-a de pesquisa experimental, define-a como pesquisa na qual os conhecimentos são adquiridos através de uma base positivista, isto é, na objetivação dos fatos (sua sistematização e classificação através do conhecimento fundado na observação e simplificação dos fenômenos, da racionalidade para chegar à comprovação dos fatos).

Alguns autores criticam a metodologia quantitativa em relação à qualitativa, dizendo ser ela insuficiente para explicar a realidade dos fatos. Dentre esses autores podemos citar Minayo (1999, p.36), que se opõe ao mecanicismo, aos dados estritamente matemáticos da metodologia quantitativa em relação à pesquisa qualitativa. Segundo a autora, a realidade da qual a saúde faz parte é envolvida pelo contexto global da sociedade; o ser humano é visto como “objeto que é sujeito de recusa peremptoriamente a se revelar apenas nos números ou a se igualar com sua própria aparência”.

A realidade social dos fatos é encarada por Minayo (1999, p.115) como “um lusco-fusco, mundo de sombras e luzes em que os atores revelam e escondem seus segredos grupais”. Assim, a realidade pode ser dissimulada quando está relacionada à saúde e à doença. Como dizem Adam e Herzlich (2001, p.11): “saúde e doença não se reduzem a simples estatísticas. Em toda parte, a doença é considerada indesejável e declarar-se doente ou saudável equivale a um julgamento de valor”. E quando se trata de representação, como diz Herzlich (1991, p.29), os pesquisadores

não devem se contentar com os significados imediatos transmitidos pelos atores, pois a “representação não constitui um simples reflexo do real, mas sua construção, que ultrapassa cada um individualmente e chega ao indivíduo, em parte, de fora dele”.

Segundo Chizzotti (1995), o fundamento da pesquisa qualitativa é analisar fenômenos aparentemente simples e singulares. E valorizam os aspectos qualitativos dos fenômenos, expõem a complexidade da vida humana e evidenciam os significados ignorados da vida social. A

[...] abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito... objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações (CHIZZOTTI, 1995, p.78-79).

Minayo (1999. p.10) entende que as pesquisas qualitativas são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade aos atos, às relações e às estruturas sociais “tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. Já para Chizzotti (1995), a abordagem qualitativa está em um processo que busca resolução de problemas.

Em geral, a finalidade de uma pesquisa qualitativa é intervir em uma situação insatisfatória, mudar condições percebidas como transformáveis, onde pesquisador e pesquisados assumem, voluntariamente, uma posição reativa (CHIZZOTTI, 1995, p.89).

Minayo (1999) revela que os comportamentos culturais e sociais do corpo são mediadores do entendimento da saúde, e devem ser entendidos dentro de uma sociologia de classe³. Esses comportamentos são circunscritos dentro de instrumentação passível de perceber os domínios e influências que uma classe social tem sobre outra. São formulados em um processo de aculturação recíproca e em suas relações de contradição e dominação, na origem da classe social que dita atitudes e comportamentos

relativos ao processo saúde/doença, levando a autora a defender os estudos qualitativos realizados em vários espaços da vida social e individual:

[...] tanto nos espaços formais da economia e da política como nas matrizes essenciais da cultura como família, vizinhança, os grupos etários, os grupos de lazer etc., considerando como espaços inclusivos de conflitos, contradições, subordinação e resistência tanto as unidades de trabalho como bairro, o sindicato como a casa, a consciência como o sexo, a política como a religião (MINAYO, 1999, p.15).

A autora conclui ainda, nesse contexto, que a cultura está moldada por objetividade nutrida por elementos econômicos, políticos, religiosos, simbólicos e imaginários, sendo “o *lócus* onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há apenas um significado”. Para a autora, a saúde deve ser tratada de acordo com os valores culturais e sociais

[...] incluindo os dados operacionalizáveis e junto com o conhecimento técnico, qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deveria estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige (MINAYO, 1999, p.16).

As representações, as concepções sobre tranqüilizantes alopáticos estão intrinsecamente relacionadas à investigação qualitativa, pois essas concepções estão ligadas a um contexto social envolvido e às influências sociais e seus determinantes. Segundo Tobar e Yalour (2001), a abordagem qualitativa está inserida na observação do cotidiano, dos significados, dos símbolos lingüísticos (metáforas e conceitos, narrativas e descrições), da aplicação de procedimentos indutivos, das particularidades complexas ou ambíguas dos fenômenos sociais, da procura do específico, da existência de uma variedade de fontes de dados, das entrevistas com perguntas abertas e relatos, da redução da distância entre teoria e dados, entre contexto e ação, da procura de hipóteses através de interpretações dos dados coletados.

³ Como exemplo a autora cita o trabalho de Boltanski (1984).

Além disso, Tobar e Yalour (2001) mostram que a pesquisa qualitativa pode ser de grande utilidade a programas de saúde, como complemento das pesquisas quantitativas. Entre seus potenciais estariam: explorar o desconhecido referente à saúde, identificar percepções e prioridades, locais de saúde, identificar estratégias a serem aplicadas a determinadas populações, pesquisar a aceitabilidade e adequação de novos programas de saúde, desenvolver informações apropriadas, atividades de educação e de comunicação e materiais didáticos, ajudar a promover intervenções com coerência, complementar a coleta de dados quantitativos.

Considerando que o tema aborda singularidades de diversas disciplinas, decidimo-nos pela abordagem qualitativa interdisciplinar e com o uso de entrevista. Minayo (1999, p.13), analisando as várias correntes de pensamento das ciências sociais e suas utilidades no campo da saúde, conclui que a saúde faz parte da totalidade social: “a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social”, deve-se referir à saúde como “uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados”.

I) Levantamento de dados

As entrevistas têm o mérito de adentrar no desconhecido da vida social, nas mudanças sociais, nos conceitos dissimulados, nas inúmeras maneiras de representação da vida. Assim, Minayo (1999) refere-se à entrevista como privilegiado mecanismo de coleta de informações. Mecanismo que analisa a palavra falada,

[...] reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 1999, P.109).

Chizzotti (1995, p.58), por sua vez, relaciona a entrevista em nível de complexidade psicológica de compreensão do problema pesquisado. O autor relaciona as entrevistas com perguntas fechadas a questões mais simples,

pois são mais objetivas e precisas. Principalmente quando “se pretende informações simples e superficiais”. Porém, quando se pretende investigar questões mais subjetivas, em plano psicológico mais profundo, as perguntas abertas são preferidas, pois,

[...] as respostas são registradas a partir de questões previamente elaboradas sobre as quais o entrevistado discorre (questões semi-abertas) ou a partir do discurso livre do entrevistado sobre um tema, auxiliado pelo papel facilitador das respostas, que o entrevistador desenvolve (CHIZZOTTI, 1995, p.58).

Em função deste entendimento, foi escolhida para coleta de dados, neste trabalho sobre tranqüilizantes ou calmantes alopáticos (benzodiazepínicos), a entrevista semi-estruturada. Ou seja, foi buscado, através do relato, da linguagem, dos significados, das interpretações e significados dados pelos entrevistados, a compreensão das questões investigadas. Segundo Cruz Neto (1994, p.58), as entrevistas podem ser classificadas, de modo geral, em estruturadas (com perguntas fechadas, previamente formuladas, que buscam o máximo de objetividade possível), abertas ou não-estruturadas (onde o pesquisador aborda com liberdade o tema proposto) e semi-estruturadas⁴ (isto é, a combinação das duas anteriores).

Tobar e Yalour (2001, p.101) definem as entrevistas semi-estruturadas, que foram utilizadas em nosso trabalho, da seguinte forma:

São baseadas no uso de guia de entrevistas, que consta de uma lista de perguntas ou temas que necessitam ser abordados durante as mesmas. A ordem exata e a redação das perguntas podem variar para cada entrevistado. O pesquisador pode encontrar e seguir pistas e novos temas, que surgem no curso da entrevista, mas o guia é um conjunto de instruções claras relativas às principais perguntas a serem feitas ou aos temas a serem explorados.

Os autores mostram que o guia de entrevista pode levar a um ganho de tempo, pois focaliza a conversa com o entrevistado sobre determinado tema, tornando um trabalho mais objetivo. Nesse tipo de entrevista as

mesmas perguntas centrais são feitas a todos os entrevistados, o que produz melhor organização dos dados do que nas entrevistas não estruturadas, as quais, devido ao fato de as perguntas não serem tão dirigidas ao tema proposto, o entrevistado produz uma conversa mais prolixa. No entanto, os autores destacam que a formulação do guia de entrevista requer muito tempo.

Para seleção das pessoas entrevistadas utilizamos o prontuário médico dos pacientes. Através do prontuário verificamos a idade, sexo, quais os medicamentos que estavam utilizando e quanto tempo, e suas doenças. Desse modo, além da exigência da idade e de ser do sexo feminino e consumidor de calmante há mais de um ano, observamos a possibilidade do paciente ter alguma doença ou estado de saúde que impedisse a entrevista (por exemplo, pacientes psicóticos, esquizofrênicos), no entanto, não apareceu ninguém com tal perfil nos meses da realização das entrevistas. Os dias das entrevistas foram os mesmos de suas consultas. Todos os prontuários das pessoas que iriam se consultar foram analisados e os dados correspondem ao período de seguimento dos mesmos no Núcleo de Saúde Mental.

Os nomes das pacientes selecionadas foram dados ao médico para que fosse encaminhadas para a entrevista. As mulheres que não puderam, por algum motivo, ser entrevistadas no dia de suas consultas, outra data foi agendada. Das dezoito pessoas entrevistadas, somente duas foram ao Núcleo de Saúde Mental acompanhadas. Além disso, realizamos uma pré-entrevista para explicar quais eram os objetivos da entrevista e para adquirir o consentimento para sua realização e, para o caso de não poderem ser realizadas naquele momento, agendar outro horário. A identidade das entrevistadas, assim como das pessoas citadas por elas, foram preservadas⁵ e, para isto, substituímos todos os nomes por outros fictícios.

Como entrevistamos mulheres idosas, tivemos o cuidado de buscar na bibliografia pesquisas que trabalharam com pessoas dessa faixa etária.

⁴ Ver Anexo C

⁵ Ver Anexo C.

Sendo assim, Queiroz (1983) nos diz que essas pessoas sofrem um processo de exclusão social, fazendo-as, no momento da entrevista, sentirem-se importantes, entusiasmadas por serem ouvidas, e reproduzir, conseqüentemente, um discurso extenso, fora do roteiro da entrevista. Além disso, o idoso tem a preocupação de responder as perguntas de forma correta e não a própria realidade, dramatizando, muitas vezes, para justificar sua vida.

Assim, foi feito um roteiro ou guia de entrevista que, segundo Minayo (1999, p.99-100), deve

[...] ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação... e devem responder as seguintes condições: (a) cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; (b) permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; (c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.

Para Cruz Neto (1994, p.53), entrevista significa:

[...] uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

O autor mostra que a entrevista pode ser de caráter individual e/ou coletivo, e pode funcionar numa relação de comunicação verbal “que reforça a importância da linguagem e do significado da fala”. Através da entrevista, segundo o autor, podem-se obter dados objetivos e subjetivos. Os dados objetivos são também obtidos sem o uso de entrevistas, através de censos, estatísticas e outras formas de registros, enquanto o dado subjetivo se relaciona com valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados. Já para Tobar e Yalour (2001, p.96), o que se observa em uma entrevista é a “conduta verbal”, o “que o entrevistado diz, mais do que o que ele pensa, é o seu comportamento manifesto”.

O que se pretende no ato das entrevistas é descrever todos os acontecimentos possíveis de percepção. Visualizar o mundo interior e o exterior, na interação entre entrevistador e entrevistado. Assim, Minayo (1999, p.120), citando Berreman (1975)⁶, organiza os passos para a efetivação dessa interação:

[...] a) primeiro, que o controle das impressões constitui um aspecto inerente a qualquer interação social; (b) qualquer pesquisa social empírica competente deve levar em conta o desempenho montado para o pesquisador (união da observação com entrevista formal) e o que resulta daí, isto é, os esforços empregados na sua produção e as situações de bastidores que oculta; (c) tanto a visão oficial transmitida (a região exterior) como segredos de bastidores (região interior) são componentes (MINAYO, 1999, p.120).

Chizzotti (1995, p.93) nos coloca que a entrevista com perguntas abertas é aquela baseada nas informações obtidas através do discurso livre do entrevistado. Para o autor, através do discurso dos atores no seu contexto social podemos analisar suas significações, suas idéias, seus atos, suas concepções sobre o objeto de estudo, suas singularidades. Deve o entrevistador ficar atento em sua escuta, ser discreto em suas manifestações e “manusear” o discurso do entrevistado, orientando as questões que interessam à pesquisa, “deve permanecer atento às comunicações verbais e atitudinais (gesto, olhar, etc.) sem qualificar os atos do informante, exortá-lo, aconselhá-lo ou discordar de suas interpretações, nem ferir questões íntimas, sem um preparo prévio”. Ou seja, o entrevistador deve conhecer previamente o público a ser entrevistado, participar de sua cultura, suas práticas, suas percepções, suas concepções.

Sobre o número e a seleção dos atores a serem entrevistados, podemos aplicar as colocações de Minayo (1999) sobre a amostragem qualitativa:

[...] (a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer: (b) considera-os em

⁶ BERREMAN, G. “Por detrás de muitas máscaras”. Desvendando máscaras sociais. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1975. p.123-177.

número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta: (c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; (d) esforça-se para que a escolha do *locus* e do grupo de observação e informação contenha o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa (MINAYO, 1999, p. 102).

Além disso, Minayo (1999, p.103) nos ressalta que “o número de pessoas é menos importante do que a teimosia de enxergar a questão sob várias perspectivas, pontos de vista e de observação”.

Apesar de as entrevistas terem sido feitas fora do ambiente natural dos entrevistados, isto é, em seus domicílios, fizemos uso do diário de campo, utilizando-o no sentido definido por Cruz Neto (1994, p.63), como um ‘amigo silencioso’, onde “podemos colocar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas”. Segundo o autor, o diário de campo serve para anotar “observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimônias, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa”.

II) Análise dos dados

Fizemos a análise dos dados que Gomes (1994) e Minayo (1999) traduzem como a função de descobrir as respostas das questões formuladas, confirmando ou não as hipóteses estabelecidas antes da pesquisa ser completada, estabelecendo a função de ultrapassar as barreiras da aparência das informações, sendo tanto da literatura existente sobre o que possa ajudar na investigação do tema, como do discurso das pessoas entrevistadas, traduzindo o contexto na qual fazem parte essas informações ou mensagens.

Minayo (2002) propõe, na análise dos dados, combinação entre dialética e hermenêutica nos seguintes termos:

[...] compreensão como categoria metodológica mais potente no movimento e na atitude de investigação; liberdade, necessidade, força, consciência histórica, todo e partes, como categorias filosóficas fundantes e significado, símbolo, intencionalidade e empatia como balizas do pensamento. A dialética, por sua vez, é desenvolvida por meio de termos que articulam as idéias de crítica, de negação, de oposição, de mudanças, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da natureza e da realidade social (MINAYO, 2002, p.83).

A autora coloca que a hermenêutica contribui nos “entendimentos dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade na qual ocorrem” (MINAYO, 2002, p.83), e na compreensão do presente e do passado, da tradição, das diferenças. Para a autora, suas limitações podem ser supridas pelo apoio do método dialético, pois esse abrange os macroprocessos e as mudanças sociais e suas contradições.

Gomes (1994, p.78) nos traduz a proposta dialética-hermenêutica de Minayo (1999) cronologicamente em: ordenação dos dados; organização dos dados obtidos no trabalho de campo, onde está contida a transcrição das gravações; releitura do material; organização dos relatos e da observação participante, dentre outros. E a classificação dos dados: formação de um questionamento sobre os dados obtidos, com apoio de leituras, identificando seus pontos relevantes; análise final, que procura estabelecer associação entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, como base nos objetivos propostos.

Utilizamos a técnica de análise de conteúdo, na qual está incluído o método de análise de Minayo (1999), possibilitando a construção de um material coerente, através do qual ‘fabricamos’ a redação desta dissertação. Para Tobar e Yalour (2001, p.105) a análise de conteúdo ocorre quando o pesquisador recolhe e categoriza “comportamentos verbais que servem de indicadores que, agrupados, constituem unidades da vida social”. Para os autores, análise de conteúdo tem como objetivo central a tradução de fatos sociais que possam ajudar na formulação de teorias e/ou hipóteses. Seus objetivos, segundo Chizzotti (1995, p.98), são compreender criticamente o

sentido das comunicações, a clareza dos conteúdos, ou mesmo, o que está dissimulado, oculto, seja ele da palavra escrita ou falada.

III) As pacientes

Para melhor caracterização dos pacientes entrevistados analisamos, os prontuários médicos de 1336 pacientes do Núcleo de Saúde Mental, pacientes consultados nos últimos três meses anteriores às entrevistas. Devemos lembrar que os pacientes que consomem calmantes ou benzodiazepínicos, continuamente, consultam no máximo a cada dois meses, pois a prescrição desses medicamentos não pode ultrapassar tal período. Assim, supomos que todos os pacientes consumidores de calmantes estão incluídos. Desse modo, verificamos de acordo com a **Tabela 1** que: 489 (36,6%) eram homens, 847 (63,4%) mulheres; as mulheres que mais utilizam o núcleo têm 40 anos de idade ou mais, o que corresponde a 534 (63%) das mulheres. Dessas, 364 (43%) tinham com idade maior ou igual a 40 e menores de 60 anos; e 170 (20%) com idade igual ou superior a 60 anos, o que mostra que após os 40 anos o uso de serviços de saúde mental é intensificado entre as mulheres. Podemos observar, também, que o consumo do serviço cresce entre as mulheres com o decorrer da idade, quando comparamos homens e mulheres. Os homens utilizaram o serviço com mais frequência acima dos dezoito anos, e somente 11% (54) dos homens utilizaram o serviço com idade igual ou acima dos 60 anos, enquanto 20,07% (170) das mulheres utilizam o serviço do Núcleo de Saúde Mental.

De acordo com a **Tabela 1**, dos 224 pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, 88 consomem calmantes ou benzodiazepínicos, dos quais 16 (18,18%) eram homens e 72 (81%) mulheres. Dessas 72 mulheres entrevistamos 18, ou seja, 25%. É bom lembrar que a psiquiatria não atende, nesse serviço, pacientes menores de 18 anos de idade, pois são pacientes da fonoaudiologia e/ou da psicologia.

Tabela 1.

Idade(I) em anos	I < 18		18 ≤ I < 40		40 ≤ I < 60		I ≥ 60		Total		Consumidor de calmantes e I ≥ 60	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mulheres	82	9,69%	231	27,27%	364	42,97%	170	20,07%	847	100%	72	8,5%
Homens	125	25,56%	147	30,00%	163	33,33%	54	11,04%	489	100%	16	3,27%
Total	207	15,49%	378	28,29%	527	39,45%	224	16,77%	1336	100%	88	3,59%
Relação Mulheres/Homens	0,66		1,57		2,23		3,15		1,73		4,5	

A duração do consumo de calmantes pelas mulheres entrevistadas foi considerada a manifestada pelas mesmas, mesmo sendo uma aproximação, pois não houve coincidência entre o tempo dito por elas e o colocado no prontuário, devido à passagem dessas mulheres por outras instituições de saúde. O tempo médio de uso dos calmantes foi de dezesseis anos (de acordo com as entrevistadas). Quatro mulheres consumiam há menos de quatro anos e três começaram a consumir calmante a partir dos sessenta anos de idade, sendo que duas começaram acima dos setenta anos. A maioria (sete mulheres) começou a tomar calmantes com idade entre quarenta e cinquenta anos, quatro mulheres começaram entre cinquenta e sessenta anos e três tomaram o primeiro calmante por volta dos trinta anos de idade. Portanto, a maior frequência de uso ocorreu acima dos quarenta anos de idade e não acima dos 60 anos como apontam algumas pesquisas discutidas neste trabalho. Sendo assim, o consumo de calmantes por pessoas com idade a partir dos 40 anos merece uma melhor investigação, analisando o que acontece nessa fase de suas vidas, podendo estar relacionada a questões biológicas, individuais e socioculturais.

As mulheres que entrevistamos são donas de casa ou domésticas, são pessoas que cuidam de seus filhos, maridos e pais, nascidas, em sua maioria (doze mulheres), no interior do Estado de São Paulo, nas cidades vizinhas a Ribeirão Preto-SP (somente quatro delas nasceram nesta cidade), duas nasceram na divisa do Estado de São Paulo com Minas Gerais. São mulheres pobres, muitas delas filhas de trabalhadores rurais, quase todas possuem o primeiro grau incompleto e apenas duas entrevistas completaram o primeiro grau. A média de idade das entrevistadas foi de 65,9 anos, das quais 14 tinham entre 60 a 70 anos e 4 entrevistadas, acima dos 70 anos de idade. Em sua maioria são aposentadas (11 entrevistadas); dez pertencentes à religião católica, cinco evangélicas, 1 testemunha de Jeová, 1 espírita e 1 sem religião. Seis são casadas, 5 viúvas, 5 divorciadas e 2 solteiras. Apesar de as mulheres possuírem uma variedade de doenças diagnosticadas em seus prontuários, a mais encontrada foi a depressão, em quinze das entrevistadas. O calmante (benzodiazepínico) mais utilizado por quatorze das entrevistadas foi o diazepam. Outros calmantes utilizados são:

alprazolam, clonazepam, bromazepam, lorazepam. O principal motivo do diazepam ser mais consumido está em sua distribuição gratuita pelo Centro de Saúde Escola, sendo padronizado.

4. *DISCUSSÃO*

4.1 Gênero, envelhecimento, psiquiatria e consumo de calmantes

Tratando da psiquiatria na modernidade, Perrusi (1995, p.112) nos diz que as práticas médicas se inserem na vida social e cotidiana, fazendo com que as pessoas, a partir de sua influência, tenham concepções sobre saúde e doença. Assim, o senso comum (conhecimento não padronizado, sem regras e de pensamento espontâneo) é envolvido pelas concepções que a prática médica produz. Porém, o inverso também é verdadeiro. Isso é concluído à medida que o autor nos mostra que o médico se distancia da ciência envolvido por sua vida prática, pelo trabalho, pela vida cotidiana dos pacientes, tendo contato permanente com vidas e concepções desses. Pois é “raro um médico se perguntar sobre o que é doença, na verdade, ele não precisa ‘saber’ e sim ‘detectar’, ‘procurar’, ‘examinar’, ‘olhar’, ‘diagnosticar’, etc.”.

Segundo Perrusi (1995, p.198), a resposta dos psiquiatras diante de perguntas como “o que é doença mental?” se aproxima mais das experiências cotidianas e profissionais do que de sua formação universitária. Entretanto, a medicina ocidental é atualmente o principal agente de difusão do conhecimento sobre a doença, ao mesmo tempo que restringe ou anula as concepções populares sobre saúde e doença. Isso ocorre, por exemplo, nas conversas dos pacientes com seus médicos, pelas informações e propagandas fornecidas pelos meios de comunicação de massa, fazendo assim as concepções sobre doença girarem em torno da medicina, dependentes do saber médico. Desse modo, a legitimação desse saber impede o “senso comum” de produzir de modo autônomo representações sobre doença, sendo esse fato mais destacado quando se trata da psiquiatria. Pois, segundo Perrusi (1995), a psiquiatria influencia os saberes populares com suas noções, legitimando-se através da desarticulação ou desestruturação das representações de doença originárias do “senso comum”.

As aproximações entre os médicos psiquiatras e os pacientes, quando se compara com outras especialidades, são mais significantes quando se

trata de mulheres idosas, como é caso de nossa pesquisa. Como as mulheres apresentam-se como as maiores consumidoras de serviços de saúde e de medicamentos, sendo isto intensificado pelo envelhecimento, podemos constatar que existe um sinergismo entre envelhecimento, gênero e psiquiatria, anulando qualquer outra influência de cura popular.

As reflexões feitas por Perrusi (1995) puderam ser constatadas em nossa pesquisa, pois as mulheres entrevistadas não conseguiam ver outra solução de tratamento a não ser continuar com o uso de benzodiazepínicos. O uso de calmantes era a principal alternativa e sua substituição, quando sugerida, não foi aceita, a não ser pela própria sofisticação dos medicamentos, pela melhora tecnológica do medicamento como Lefèvre (1999) nos mostrou. O questionamento sobre a substituição dos calmantes é surpreendente, pois mesmo concebido, às vezes, como um medicamento que faz mal, que se deve parar de tomar, ele é visto muitas vezes como a única saída.

Ah, um outro tipo de tranqüilizante né, mais moderno, não tem aquela coisa de alguns medicamentos mais novos? Um medicamento mais novo (Orlinda, 60 anos).

Ah, eles falam que tem chá, mas eu nunca usei e nem acredito. (...). Pode ser substituído assim, desde que assim, beber menos comprimido, em vez de beber um, bebe um por semana (Teodora, 61 anos).

Podia, eu falei com o Dr. Albrando (...) se ele podia substituir por outro, que não causasse dependência. A hora que eu tivesse melhor eu num precisasse usar, o dia que eu não quisesse tomar eu não tomava. Assim, hoje eu tô melhor, então eu não vou tomar (...) (Beatriz, 62 anos).

Por um chá, por um remédio natural, como muita gente disse pra mim. Eu tenho uma sobrinha minha que tomava e largou, tá tomando dessas farmácias que preparam, né. Não sei como chama, natural, natural que fala, né? Então eu não gostei não, mas acho que... Pra mim, no meu caso eles não iam valer não (Esmeralda, 68 anos)¹.

Diferentemente do que foi constado em outras pesquisas² onde muitos pacientes psiquiátricos também recorriam a outros profissionais da

¹ Procuramos transcrever a fala das entrevistadas mantendo a sua originalidade.

cura como pais-de-santo, espíritas, ou curandeiros, em nosso trabalho a medicina oficial mostrou-se hegemônica entre as entrevistadas, muito embora, isso não signifique que façam uso de acordo com as prescrições médicas. Assim, a medicina psiquiátrica está se impondo suficientemente para anular a influência de outras terapias, como as populares ou alternativas, que são, como Loyola (1984b) nos disse, concorrentes da medicina oficial.

Sabrina, uma de nossas entrevistadas, diz que no seu entendimento os medicamentos devem ser autorizados pelos médicos, e que as simples indicações de outras pessoas não são suficientes para lhe convencer de consumir outros medicamentos como os chás de plantas. Deste modo, a medicina oficial, que antes era vista com desconfiança pelas classes populares (como, por exemplo, na Revolta da Vacina), passou a ser vista com mais confiança, ocupando o lugar de outras terapias antes usadas e vistas agora com desconfiança.

Não, eles falam que chá de erva cidreira que é bom, eles falam que capim tem duas qualidades, eles falam que é bom, mas me falaram que faz mal pro coração aquilo lá, então a gente fica... toma ou não toma? (Sabrina, 68 anos).

Na busca por sanar seus problemas da maneira mais rápida possível os calmantes são vistos como eficientes. Devemos lembrar que, além das condições socioeconômicas, a preferência pelos calmantes está relacionada à rapidez desejada que a terapia medicamentosa proporciona. O medo de perder o emprego pela falta ou o receio da diminuição do salário quando são autônomas, faz do calmante a alternativa mais viável. Neste contexto, também a constância do trabalho doméstico faz com o uso de calmantes seja “aliado” de sua força de trabalho.

Bom, um diálogo né, psicologia, essas coisas né, só que eu não... não... tô sem tempo. (Fabiana, 60 anos).

² Ver Loyola (1984b), Montero (1985), Ferreira (1994), Rabelo (1994), Oliveira (1998a), Alves e

4.2 Influenciando o consumo de calmantes

Concordamos com Perrusi (1995), quando nos diz que a doença mental, que é uma doença crônica e requer o uso constante de medicamentos, cria uma grande proximidade entre o paciente e a medicina oficial. O papel do médico sobre o uso dos medicamentos é, portanto, mais expressivo, quando comparada a outras doenças. Além disso, devemos acrescentar que as mulheres estão mais propícias a um maior uso de medicamentos.

Hohmann (1989) e Ashton (1991), ambos discutindo as prováveis influências do gênero no consumo de psicotrópicos, dizem que as mulheres consomem mais psicotrópicos do que os homens por terem mais doenças crônicas, por viverem mais tempo, pela maior percepção de doença, por usar mais os serviços de saúde, por fazer exames preventivos. Contudo, para os autores, o maior consumo de benzodiazepínicos pelas mulheres não está claro, sendo que as análises careceriam de controle de diagnósticos. Caso as mulheres, na realidade, não tenham mais necessidade de intervenções psiquiátricas, uma ou mais das seguintes explicações são verdadeiras: a) mulheres consultam-se com médicos mais vezes do que homens e, como resultado, estão mais susceptíveis a receberem um número aumentado de prescrições; 2) mulheres estão mais familiarizadas com medicamentos e seus efeitos, assim, é mais provável que perguntem, questionem ou solicitem mais prescrições ao médico, sendo assim, é mais fácil convencer o médico de que precisam do medicamento, e/ou os homens recusam mais as prescrições; 3) os médicos estão correspondendo mais às expressões emotivas com um excesso de prescrições, associando a depressão ou sofrimento psíquico, pois acreditam que as mulheres expõem mais seus sentimentos do que os homens. Os médicos podem ver a afetividade feminina como justificativa para a medicalização e, ignorando sintomas do homem como a retração, a irritabilidade, o silêncio, o não chorar, diagnosticar, desse modo, mais doenças nas mulheres.

Adicionalmente pode ocorrer interação entre os fatores, favorecendo então o consumo de benzodiazepínico.

A dependência de benzodiazepínicos pode ser intensificada nas pessoas idosas, podendo ser estimulada por seu uso contínuo (CHAIMOWICZ; FERREIRA; MIGUEL, 2000). Em trabalho realizado em Campo Belo-MG, os autores constataram que o envelhecimento da população brasileira é promotor de doenças psiquiátricas (ansiedade e depressão), sendo elas ligadas ao uso de benzodiazepínicos. Não podemos desconsiderar a possibilidade de estar havendo um excesso desses diagnósticos nos pacientes, pois o profissional de saúde ao conceber os idosos como frágeis, incapazes, deprimidos e doentes (mesmo que não sejam), acaba por aumentar o número de prescrições de medicamentos.

Segundo Brasil (2001) os medicamentos são os principais agentes causadores de intoxicações no ser humano, principalmente nas mulheres, sendo comuns as intoxicações por benzodiazepínicos (BORTOLETTO; BOCHNER, 1999).

Carlini et al. (2002), pesquisando as 107 maiores cidades brasileiras, observaram que o uso de benzodiazepínicos está mais concentrado no sexo feminino, sendo a quarta droga mais utilizada na vida e tendo níveis de dependência comparados aos da maconha.

As mulheres consomem mais psicofármacos do que os homens, porém isso pode estar dissimulado pelo medo dos homens de se mostrarem fracos, incapazes de resolver seus problemas emocionais (essa atitude é conhecida por “Calvinismo Farmacológico”), fazendo os homens não consumirem ou dizerem que não consomem benzodiazepínicos. Nos EUA, isso ocorre principalmente entre as classes sociais menos favorecidas, nas quais o consumo regular é maior do que o eventual (SCAZUFCA, 1990 *apud* BASTOS, 1987)³.

Em nossa pesquisa, nos deparamos com um grande conhecimento dos pacientes em relação aos nomes dos medicamentos, devido à trajetória

de anos de convivência com diversos médicos, com diversos medicamentos, distinguindo quais são considerados melhores ou piores. E os sintomas são descritos e analisados com exemplos de acontecimentos ocorridos em suas vidas, de acordo com suas concepções. Como os benzodiazepínicos são de uso contínuo, adquiridos somente através de receita médica, as mulheres estão freqüentemente em contato com médicos psiquiatras. Assim, é com base nesse contexto, que os calmantes são avaliados constantemente pelas pessoas entrevistadas. Além disso, muitas pacientes utilizam vários medicamentos e se consultam com vários outros médicos pertencentes a outras especialidades. O controle sobre o uso dos medicamentos está acima das ordens médicas, sendo o conhecimento sobre os medicamentos um motivo de orgulho por parte dos pacientes, por ter autonomia sobre os medicamentos. Essa autonomia, como já mostrado, foi também encontrada por Lopes (2000), apesar da autora não ter pesquisado especificamente os calmantes. Os horários e as quantidades de comprimidos são alterados em nome do controle, da autonomia sobre a terapia. São as entrevistadas que pedem para o médico fornecer o medicamento, aumentar a dose, retirar os calmantes.

Eu já usei vários, mas o que eu acertei mesmo foi esse (Fala do Rohypnol) (...). O outro não me dava sono, ele me agitava mais, eu não conseguia dormir, esse foi ótimo. E também sou muito preocupada, quando me trocam os medicamentos, eu fico assim: muito sem dormir, pensando que eu não vou dormir, se vai me dar certo, se não vai. Aí depois eu acerto e vou embora, com esse eu acertei muito bem. O Dr. Felisberto já quis até trocar quando eu falo que tenho uma tonteirinha, qualquer coisa. Então eu falo: não troca não que eu tô ótima com ele. Tô indo bem com ele (...) Eu tenho cinco médicos e sei o que todos os médicos dizem, inclusive o ginecologista. Também outra coisa que eu vou contar pro senhor e o senhor não vai encontrar em qualquer paciente, conheço todos os meus sintomas, todos: pressão alta, quando eu vou dormir, quando eu não vou, quando eu amanheço bem, quando eu amanheço... já sei todos os meus sintomas, já vou certo no meu medicamento. Em casa eu tenho uma farmácia; tenho aparelho de medir pressão, tenho comadre, tenho bolsa de água quente, eu tenho uma farmácia, eu já vou certinho no medicamento certo, nunca mudei nenhum e nem faltei. (...). Ah, tem. Eu trato com cardiologista, já fiz cirurgia

³ BASTOS, Francisco M. **Pharmacon**: a química e a magia. Rio de Janeiro, 1987. 168 p. Tese (Mestrado). Centro Biomédico, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1987.

do coração né, então eu conheço todos os meus sintomas (...). Sem ordem também não tomo. Conheço os sintomas de tudo isso. Tenho artrose, também conheço quando ela vai doer, quando não vai, tomo o medicamento nas horas certas. Ele me dá bastante remédio, ontem ele me deu 60 comprimidos, pra todos os dias, principalmente vitamina pros ossos, então eu entendo, de médico, de hospital, pode perguntar que eu... (Esmeralda, 68 anos)

Ah, eu num tava dormindo, o médico num encaminhou pra tomar dois não, agora que eu vou falar pra ele, que eu tô tomando dois, porque um só eu num tava dormindo. Dorme, acordo, num dorme mais, fico sem dormir, barulho, acordo, aí num dorme mais, aí fico tentando dormir, aí num dorme, fico nervosa, ataque nervoso, num durmo bem, nervoso, fico passando mal. (Claudete, 61 anos)

Eu vim aqui, falei pra ele, o doutor, pra ele aumentar a dose pra mim num chorar, né, que eu ia ficar seca. Daí ele falou: “quem num chora quando uma filha casa é porque não tem amor na filha”. Aí uma amiga da filha minha, falou: “eu tenho um remédio”, o nome do remédio é...(...) (Orinalva, 62 anos).

Faz uns 15 anos, por aí ou mais, uns 16 anos até. (...). Diempax, Frontal, Lorax. Mas, eu não me dei bem com o Lorax, parei (...) (Beatriz, 62 anos).

4.3 Idade e sua relação com os calmantes.

Os medicamentos têm que passar muitas vezes por testes, são tomados com desconfiança, aceitos de maneira suspeita. A idade pode contribuir para a automedicação, pois podem supor que já conhecem os efeitos dos medicamentos, tirando-os muitas vezes de contextos anteriormente cabíveis e aplicando-os em outros, interagindo com outros medicamentos, com outras doenças que tenham sintomas semelhantes aos de doenças anteriores. Assim, o remédio precisa de aprovação, podendo essa aprovação estar ligada aos conhecimentos empíricos promovidos através do tempo.

[...] o médico às vezes me passa a receita e eu fico meio desconfiada, não tomo, eu começo de uma metadinha... eu sou difícil pra tomar remédio (...). Ninguém me indicando, ninguém. Até mesmo o médico às vezes eu desconfio. (Orlinda, 60 anos)

Ih, olha, moço, faz muito tempo, era...Antes de eu casar com este rapaz eu já tomava calmante. Ta fazendo uns 40 anos que eu tomo calmante (Ivone, 71 anos).

Clinthorne et al. (1986), através da comparação entre dois estudos realizados nos Estados Unidos, um no início da década de 1970 e outro em seu final, analisam as mudanças de atitudes relativas aos benzodiazepínicos. Notaram que a idade fez aumentar o conhecimento sobre os tranqüilizantes, pois, enquanto em 1970, cerca de 23% dos entrevistados, com idade entre 60 e 74 anos, não sabiam sobre os efeitos dos benzodiazepínicos, somente 9% não sabiam nada sobre estes medicamentos, em 1979. E concluíram que houve, entre os que usam ou não, tendência a desacreditar na eficácia dos tranqüilizantes, justificando seu uso por falta de vontade de resolver seus problemas emocionais sozinhos, por ter autocontrole, dizendo que seu uso é um sinal de fraqueza, que impede as pessoas de trabalharem, que causa dano ao corpo e que tem um exagero de prescrição.

Isacson (1997), através de estudo prospectivo longitudinal (treze anos de seguimento e iniciado em 1976 com pessoas acima de 15 anos de idade), realizado em uma comunidade sueca, analisa os fatores que influenciam o uso contínuo de benzodiazepínico. Da amostra, 65% continuou usando benzodiazepínico por um ano, 55% continuou por dois anos e 24% pelos treze anos do estudo. Mostrou que fatores como uso freqüente diário e idade são importantes propiciadores do uso contínuo, enquanto gênero e tipo genérico de benzodiazepínicos utilizados tiveram pouca importância. Quem tinha usado benzodiazepínico, mesmo que esporadicamente, teve mais chances de usar prolongamente quando comparadas às pessoas que tomaram o medicamento pela primeira vez. Observou-se que os mais velhos usam benzodiazepínico com mais assiduidade do que os mais jovens, sendo isso um fator que contribuinte para o uso prolongado, visto que a quantidade usada e o uso freqüente diário são fatores destacados como fortes predisponentes ao uso prolongado ou contínuo de benzodiazepínicos.

De acordo com o estudo de Isacson (1997), há pequena diferença entre homens e mulheres para o uso prolongado. A isso podemos acrescentar que a continuidade do uso de benzodiazepínicos pode não estar

ligada ao gênero e/ou ao sexo, mesmo quando comparados grupos semelhantes em relação à patologia, tempo de uso, contato com serviços de saúde, entre outros. O autor destaca que o maior número de consultas predispõe ao uso prolongado, assim como o maior número de médicos que o paciente consulta. Então, a maior proximidade dos pacientes ao serviço de saúde contribuiria para o uso prolongado ou contínuo de benzodiazepínico. Assim, como o paciente idoso apresenta várias patologias e se consulta com vários médicos, está mais susceptível ao uso prolongado de benzodiazepínicos.

A relação entre idade e uso de medicamentos pode ser notada em outras pesquisas. Segundo Hulse (2002), o uso de medicamentos, drogas e álcool entre os idosos é favorecido por diversos fatores, sendo os mesmos os maiores consumidores de medicamentos sem prescrição médica. Para o autor, a mudança fisiológica que acompanha o processo de envelhecimento modifica o metabolismo e as concentrações de medicamentos, sendo que o aumento da gordura corporal faz com que muitos medicamentos se tornem relativamente mais tóxicos ou potentes. O mau uso de medicamentos pode estar favorecido por erros devido à confusão e à visão e memória ruins. É comum entre os idosos visitar vários médicos e estes receitarem vários medicamentos, provocando interações entre os mesmos, o que pode contribuir para intoxicações. O autor acrescenta que a terceira idade está mais susceptível a algumas modificações em suas vidas, como a aposentadoria e a perda de papéis sociais anteriormente relevantes, podendo levar ao abuso de álcool e medicamentos, dentre eles, os benzodiazepínicos. Para o autor, o uso de medicamentos utilizados para melhorar o sono é muitas vezes inapropriado, visto que há diminuição normal no tempo de sono com o progredir da idade. Estratégias outras deveriam ser estimuladas para a adequação do sono, como atividades físicas durante o dia, alimentação adequada e em horários estabelecidos e o uso da cama como local exclusivo para dormir (não utilizar para assistir televisão, ler livros, preocupações diárias).

Os problemas temporários de sono são comuns em épocas de estresse ou doença física. E, como já referido, a quantidade de sono diminui com o avanço da idade, sendo que a mudança de hábitos é o melhor tratamento e o uso de estimulantes e preocupações podem causar insônia. No entanto, o uso de calmantes pode ser referido a um uso corriqueiro somente, justificado pela idade avançada e a necessidade de manter o controle de seu corpo, disciplinar o seu corpo para os afazeres diários.

Ah, muitos anos que eu tomo. Eu não fico sem tomar, não fico sem dormir, não fico sem tomar essas coisinhas, eu não fico. Parece que a idade vai chegando, você entende. Sabe, falei isso uma vez pra minha irmã, a minha irmã toma esses calmantes, também. Pode te contar essas coisas? (...). O médico é contrário que tomo calmante. Mas, sabe, porque a pessoa que vai chegando os seus 59, 60 anos, então, a pessoa sempre precisa de calmante pra tranquilizar, dormir sossegada, a cabeça fica mais... (...) (Marli, 61 anos).

Ah, também por causa do problema, assim, porque ela num dormia à noite e ela já tava de idade, né (Verônica, 64 anos).

Existe preocupação quanto aos efeitos dos calmantes na libido. Para Esmeralda, apesar de outras pessoas dizerem que os calmantes fazem perder o apetite sexual, ela se sente bem, pois silencia o seu passado, inclusive o desejo de ser jovem e bela, enquanto para Zilda o uso prolongado faz perder o apetite sexual. Assim, o consumo de calmantes pode ser incentivado para apagar o passado ou erroneamente utilizado pela preocupação futura de seus efeitos.

Preciso, é lógico, eles fala assim: “Toma o calmante a mulher não vale nada, fica uma mulher fria...”. Eu não, sou a mesma pessoa, no sexo... É o contrário, ficaria mal se eu não tomasse, fico brava, irritada, volto a pensar no meu acidente, volto a pensar na minha beleza, quando eu trabalhava que eu era muito mais nova, então eu percebo isso (Esmeralda, 68 anos).

Eu acho que esse remédio aí relaxa muito a gente, a pessoa, por isso que quem toma muito desses calmantes que nem eu que tô tomando há muitos anos, já não tem vontade de ter relações, eu não tenho há muitos anos, não tenho namorado, não saio de casa, pra mim... sei lá, eu tô vivendo, tô comendo e dormindo, só isso. Eu não saio, não tenho namorado, eu não... vichi! Ave Maria! Eu pra mim são esses remédios. Eu acho, na minha opinião, agora não sei o que vocês vão achar. Eu acho que apaga a sexua...

como que é? A sexualidade da mulher, eu acho que é isso. Pode ser né, pode ser também porque eu não arrumei namorado, se arrumasse um namorado talvez eu visse como que era né, se ia ou se não ia. (ri) Ó, meu Deus do Céu! (Zilda, 60 anos).

4.4 Prescrições médicas e consumo de calmantes

Taylor et al. (1998), comparando dois estudos com a mesma amostra, um realizado no início da década de 1980 e outro em seu final, analisaram alguns aspectos do uso dos benzodiazepínicos em relação ao envelhecimento da população urbana em Liverpool, Reino Unido, e observaram que houve aumento no abuso de benzodiazepínicos e de seu uso incorreto como antidepressivos. Isso é relevante para nossa pesquisa, visto que quinze mulheres entrevistadas possuíam em seus prontuários médicos o diagnóstico de depressão. Devemos também destacar que algumas de nossas entrevistadas acreditam que os calmantes são indicados para tratamento de depressão, e os utilizam quando sentem sintomas depressivos.

Faz muito tempo, desde que eu entrei, comecei a menopausa, sabe, daí eu entrei em depressão, sabe. Entrei em depressão, aí se eu ficar sem os medicamentos eu entro em depressão. Aí num durmo, num como, num faço nada. Só. É, chorando, uma depressão muito forte se eu num tomar meus medicamentos (...) (Claudete, 61 anos).

Porque eu cai em depressão, fiquei muito deprimida, fiquei uns três dias, só queria morrer, só chorava. Para falar a verdade, nem banho eu tomava, fiquei num sofá lá, isolada. Até eu começar tomar esses remédios. Aí foi muito bom, saí da depressão. Não dou tempo pra ela agora porque tenho os remédios pra tomar, né (Eupídia, 64 anos).

O calmante também eu tomo com o Dr. Leonardo porque eu tenho crise de choro (Neusa, 73 anos).

Além do uso relacionado à depressão, estes medicamentos são relacionados também a outros sintomas ou concepções de seus efeitos. Assim, os calmantes são concebidos como medicamentos que fazem parar de chorar, que engordam, para dor de cabeça, para barulho na cabeça. Lembramos que esses podem estar relacionados a alguma doença orgânica.

Engorda né. Eu era magrinha (...). Nem sei. Porque dá fome. Ah, de manhã, ah, eu levanto e o meu marido fala assim: “parece que você tá doida pra levantar, pra comer, né”. É uma fome. Enquanto eu num como eu num consigo trabalhar (...). Ele é bom, né, pro pensamento, essas coisas (Orinalva, 62 anos).

(...) Porque era só pra tomar só um à noite. Eu acabo tomando dois pra acabar barulho na cabeça. (...). Ai, eu tomei dois de uma vez só, um de manhã e um à noite. Ai parou o barulho (...). O calmante, o calmante me tira o barulho da cabeça. Porque fez exame de ouvido e não deu nada. (Constância, 60 anos)

Eu acho que é pelo problema que eu tenho na cabeça, um barulho na cabeça, então, receitou o Lorax pra tomar. Num melhora não, mas se eu ficar sem ele vai piorar (...). Eu tomo o Lorax pra dormir, não que melhore. O barulho não pára não, nem melhora de jeito nenhum (Caetana, 86 anos).

Não sei. Eu já tenho zueira na cabeça né, tem grilo, tem cigarra, tem um monte de bicho na cabeça, aí se ficar sem o remédio aí piora mais ainda, é um zumbido na cabeça terrível, terrível, terrível (Zilda, 60 anos).

O uso dos calmantes benzodiazepínicos é apenas uma das classes de medicamentos que as mulheres entrevistadas consomem, podendo contribuir para que o uso seja confundido com sintomas de outras doenças. Veras e Alves (1999) constataram que, devido ao fato de as pessoas com idade acima dos 60 anos apresentarem saúde frágil (elas possuem uma ou mais doenças), existe aumento no uso de medicamentos e, conseqüentemente, maior chance de serem utilizados erroneamente. Contudo, isso não é generalizado, visto que os idosos são formados por grupos heterogêneos, com características socioeconômicas e culturais distintas.

Segundo o trabalho de Huf, Lopes e Rozenfeld (2000), o maior uso de benzodiazepínicos ocorre entre pessoas de baixo nível de renda e baixa escolaridade⁴, sendo também comum o uso de outros medicamentos de maneira concomitante, fato ainda mais problemático em pessoas com idade acima de 60 anos.

Para Bottino e Castilho (1999), os idosos são mais propensos à toxicidade por benzodiazepínicos, apresentando certos fatores

⁴ Pesquisa realizada em 1996, no centro de convivência para pessoas acima de 60 anos da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UnATI-UERJ.

influenciadores: idade (o medicamento fica mais tempo no organismo), comorbidade (várias enfermidades ao mesmo tempo), polifarmácia (uso de diversos medicamentos), não-adesão ao tratamento (uso inadequado de medicamentos). Além disso, segundo os autores, os benzodiazepínicos podem provocar vários efeitos colaterais e ressaltam os mais destacados em idosos: sedação (que pode ser benéfica à noite, mas pode comprometer a rotina diária do paciente), tremores, quedas e eventuais fraturas, lentidão psicomotora (com conseqüente dificuldade de dirigir automóvel, por exemplo), comprometimento cognitivo, como amnésia e diminuição da atenção, e dependência. Os idosos apresentariam ainda sensibilidade aumentada aos efeitos colaterais dos benzodiazepínicos no sistema nervoso central (SNC). Os autores justificam pelo fato de o cérebro dos idosos apresentarem maior captação dessas substâncias e liberarem-nas com maior lentidão do que nos adultos jovens. E, conseqüentemente, a prescrição de benzodiazepínicos para idosos deveria ser menor dose possível, pelo menor tempo, preferencialmente as substâncias que tenham meia-vida prolongada, em dose única ou em dias alterados. Deveria-se evitar prescrever benzodiazepínicos para pacientes confusos ou demenciados, e seria necessária uma monitorização dos efeitos dos benzodiazepínicos quando for prescrito uso prolongado.

Huf, Lopes e Rozenfeld (2000) dizem que tem ocorrido uso de forma irracional dos benzodiazepínicos, quando contínuo ou prolongado, não aconselhável por falta de provas de sua eficácia. Além disso, as mulheres idosas seriam as mais vulneráveis, pois utilizam o dobro de tais medicamentos. Ocorre também o uso de doses acima do limite recomendado para idosos, sem supervisão médica, uso redundante de dois ou mais benzodiazepínicos e concomitante com bebidas alcoólicas.

Em pesquisa realizada por esses autores com mulheres idosas de classe média, de um centro de convivência do Rio de Janeiro, entre os anos de 1992 e 1995, observaram maior uso do benzodiazepínico bromazepam (mais de 50%), seguido por lorazepam, clonazepam e diazepam. Acreditamos que a não ocorrência de maior consumo de diazepam

comparada aos outros benzodiazepínicos, como ocorreu em nossa pesquisa, seja devido ao fato de o público não pertencer às classes baixas, pois o diazepam, além de ter custo menor, é fornecido pelo sistema público de saúde. Além disso, notaram associação entre número de medicamentos e o uso prolongado de benzodiazepínicos: quanto maior o número de medicamentos usados maiores foram as chances de fazer uso prolongado ou contínuo de benzodiazepínicos, sendo o risco de fazer uso por mais tempo quase dez vezes maior nas pacientes que utilizavam mais de sete medicamentos em relação a quem usava até três medicamentos. Os autores acrescentam que os mesmos médicos que prescrevem maior número de medicamentos por paciente podem estar contribuindo para seu uso crônico, e que os pacientes que tendem a se queixar de insônia e cefaléia são mais propensos a usar continuamente os benzodiazepínicos. Outro fator contribuinte para o uso irracional de benzodiazepínicos foi o desconhecimento farmacológico por parte dos médicos, que receitaram medicamentos inadequados aos pacientes idosos, benzodiazepínicos de meia-vida longa, prolongando seus efeitos. Em relação à polifarmácia e comorbidade podemos notar na fala de algumas de nossas entrevistadas, como segue.

O Diazepam eu tomo à noite. Pra diabetes eu tomo dois tipos de remédio, porque eu chupei manga aí o diabetes foi três vezes pra cima do normal, até fiquei internada (...). Pois, no fim, o médico viu que não abaixava, aí ele pegou uma insulina no soro, né (Catarina, 67 anos).

Tomei Stelapar muitos anos. Depois que eu casei, ele acabou, o Stelapar. Passei pra outros, o Diazepam, vitaminas, Haldol... Ah, outros remédios, muitos calmantes, é Amplictil, Neozine, é... Tomei... Esqueci o nome. Muitos remédios, esqueci o nome (Ivone, 71 anos).

Que eu trato aqui faz dois anos e tem a bombinha que também que eu bombo para falta de ar é o Fluir Mifazona, Mifazona de 400. Eu tratava com a Dra Maria, ela passou o de 200 e voltou a 400 e tem o Cloriquina que é pro problema nos ossos. E tem também o bicarbonato de Cálcio que também é pro problema nos ossos. E tem o de alergia que o Polaramine, que quando começa a tossir, daí eu tomo o Polaramine. É muito remédio (Neusa, 73 anos).

Se eu tivesse uma boa saúde eu num tava tomando, né. Tomo cinco por dia, o de labirintite, o da pressão, o pra dor, o pra tendinite... São cinco qualidades de remédio (Orinalva, 62 anos).

Voyer et al. (2003) também constataram três tendências relativas ao uso de benzodiazepínicos em sua amostra: quanto mais tempo se utilizam os benzodiazepínicos menos importantes se tornam os fatores relacionados à saúde mental, silenciando a doença com seu uso contínuo; as consultas médicas predispõem ao uso; gênero e percepção de saúde mostraram ser mais significativos para seu uso a longo prazo do que a curto prazo. O uso para depressão, apesar de ser relevante para o uso a longo prazo, mostrou-se mais significativo para o uso de curto prazo. O maior uso desses medicamentos entre as mulheres ocorreu, segundo os autores, pela maior predisposição dos médicos em receitar: por serem emotivas, os médicos tendem a medicalizar os problemas sociais e psicológicos das mulheres.

4.5 As maneiras de uso de calmantes

Diversos fatores podem contribuir para o uso de medicamentos de modo distinto do prescrito pela medicina, como já descritos. Nem sempre a comunicação entre médico e paciente é feita de forma coerente e, por exemplo, uma prescrição pode ser entendida de forma errônea.

Porque uma vez eu entendi mal a letra do médico, eu tava tomando... ao invés de dois por dia eu tava tomando dois Tegretol de manhã e dois à noite, passei mal! Eu levantava da cama e caía, depois eu comecei conversar abobrinha e o meu filho: “Mãe, o que a senhora tem mãe?” Lá no salão do reino os irmãos perceberam, sabe, levantei fui lá no fundo, dei um comentário, o irmão me chamou: “Aquele comentário que você deu, você tava chapada viu? Tá bom? Você conversa com o médico seu”. Mas eu que tava errada, eu que entendi mal (...) (Fabiana, 60 anos).

Devemos considerar que, em grande parte, o uso inadequado dos medicamentos é também causado por erros de prescrição médica. Carvalho, Vieira e Magluta (2002), descrevendo outros trabalhos, dizem que nos Estados Unidos 56% dos erros no uso de medicamentos são causados por

prescrições de profissionais de saúde. E cerca de um milhão de pacientes por ano são vítimas de algum efeito adverso causado por medicamentos administrados por profissionais de saúde (desses pacientes, 140 000 morrem).

Noto et al. (2002) verificaram que no Estado de São Paulo o uso inadequado dos tranqüilizantes benzodiazepínicos são, em grande parte, devido a erro de prescrições, principalmente para as mulheres idosas, que mais as recebem.

Karniol et al. (1986), analisando o consumo de benzodiazepínicos em alguns serviços de saúde nas cidades de Paulínea-SP e Campinas-SP, entre os anos de 1981 e 1985, observaram que a dependência aos benzodiazepínicos ocorre com mais freqüência em mulheres donas de casa e depois dos seis meses de uso contínuo, mesmo com doses usualmente prescritas por médicos psiquiatras e, principalmente, por não-psiquiatras. Observaram que os pacientes que eram acompanhados por médicos psiquiatras geralmente utilizavam os benzodiazepínicos, por no mínimo, um ano, recusando sua retirada. Nos pacientes tratados em outras especialidades, principalmente na clínica médica e na reumatologia, quase trinta por cento dos pacientes saíam dos consultórios com prescrições desses medicamentos. Os benzodiazepínicos foram prescritos como antidistônico, antiestressante, como calmante de pouco potencial, sem efeitos nocivos à saúde ou como um simples placebo.

Assim, para os autores, o uso dos benzodiazepínicos deve ser melhor analisado, visto que em outros países já ocorreram campanhas educacionais que proporcionam o uso racional, sendo destacados alguns efeitos como, principalmente, sintomatologia de abstinência com sua retirada após uso prolongado e dependência, além dos fatos de que pacientes neuróticos melhoram os sintomas de ansiedade após três ou seis meses de doença, mesmo não utilizando ansiolíticos benzodiazepínicos e, de que, com o uso prolongado, a droga perde seu efeito terapêutico no organismo. Também acreditam que o melhor conhecimento dos médicos sobre os

benzodiazepínicos diminuiria seu consumo e seu uso irracional, assim como seus efeitos nocivos, visto que não são bem abordados nos cursos médicos.

Observamos em nossa pesquisa, realizada com mulheres pobres, essa restrição (confinamento) ao lar, nas atividades ligadas a esse ambiente privado. Muitas das entrevistadas mostraram orgulho de ter suas casas limpas, de cuidar bem do lar, de ter asseio, sendo uma das justificativas o fato de usarem os calmantes benzodiazepínicos, para poderem se controlar e executar as tarefas diárias. A isso podemos acrescentar o fato de que existe tendência das mulheres idosas se conterem ainda mais ao ambiente doméstico. Além disso, para essas mulheres, aposentadas ou não, o trabalho não é formalizado com direitos trabalhistas garantidos.

De acordo com pesquisa realizada em Quebec, Canadá, com pessoas acima de 65 anos de idade, Voyer et al. (2003) constaram que aproximadamente 69% das pessoas idosas tinham tomado algum tranqüilizante no último ano, muitos prescritos de forma inapropriada, sendo mais da metade dessas pessoas consumidoras contínuas. Segundo os autores, é questionável sua prescrição por mais de trinta dias, pois carece de provas científicas de seus efeitos, sendo significativas as conseqüências negativas aos idosos que os utilizam há muito tempo, ocorrendo perda cognitiva, quedas, ferimentos, lentidão psicomotora, delírios, demência, entre outros. A relação risco *versus* benefício é muito questionada nos idosos. Para os autores, o uso prolongado de benzodiazepínicos é conseqüência de três fatores: dependência (devido aos sintomas de abstinência causados pela droga que impedem que se encerre o uso), falta de reavaliação médica do tratamento que é estagnado com repetidas receitas, falta de diferença de avaliação custo-benefício entre os idosos acima de 65 anos de idade, comparados com outras faixas etárias. De acordo com esta pesquisa, as pessoas mais propícias a fazerem uso prolongado são as do sexo feminino, de baixo nível escolar, viúvas, divorciadas, separadas e aquelas não incluídas na classe média.

Segundo Laranjeira e Castro (1999), o maior número de usuários de benzodiazepínicos, que são mulheres idosas, utilizam-nos para tratamento

contra insônia. Segundo os autores, 15% dos idosos usam algum tipo de hipnótico para tal tratamento. E os idosos são os que mais desenvolvem dependência e resistência ao abandono dos benzodiazepínicos. As medicações podem ser utilizadas intermitentemente, mas o risco de dependência aumenta significativamente após quatorze dias de tratamento (OMS, 1998).

Segundo Isacson (1997), há dois tipos de uso abusivo de benzodiazepínicos. O primeiro é considerado lícito, é a persistência terapêutica do uso, usualmente por indicação médica, mas com uma duração do tratamento maior do que a recomendada, sendo seu uso geralmente em baixas doses. O outro é ilícito, podendo ocorrer fora da supervisão médica, sendo mais provável o uso em altas doses. Segundo o autor, cerca de 20% dos novos usuários continuam a usar por mais de seis meses, sendo isso mais comum em mulheres

Assim, como existe grande quantidade de medicamentos que as pessoas entrevistadas consomem, os medicamentos são classificados e diferenciados também por sua cor, assim como pela cor da receita. Isso vimos também em Ferreira (1998), como um simbolismo que ajuda a classificar os medicamentos. De acordo com pesquisa dessa autora, realizada com classes populares de Porto Alegre, os medicamentos são classificados em bons e ruins de acordo com sua apresentação, as injeções são consideradas mais eficientes do que comprimidos e xaropes, os medicamentos de cor são considerados mais eficazes do que os incolores. Acreditam também que quanto mais rápido consumirem os medicamentos mais rápido se curarão.

[...] eu mesma já tentei tirar durante o dia, eu tomava o Rohypnol e aquele pra depressão, três, eu tomava um às oito horas, um no horário do almoço e um às quatro e dois às dez; eu tomava dois amarelinhos pra depressão e dois pra dormir. Conversando com ele, um pra depressão durante o dia e um só pra dormir, então eu tomaria cinco, dois às oito, meio dia e dois às dez, fora o Rohypnol pra dormir, quer dizer que eu me controlei muito bem, graças a Deus dei uma boa diminuída (...) (Esmeralda, 68 anos.)

Eu tomava um que ressecava muito a minha boca, aí o médico pego e receitou, mudou pra esse Diazepam que deu certo pra mim (...). Era um comprimido grande, amarelo (...) tem que consultar pra tomar este remédio, é remédio controlado, é receita azul (Constância, 60 anos).

Mas, eu conheço duas vizinhas, uma sogra da minha filha, só que o dela é o de três miligramas, igual ao meu, o rosinha. O da vizinha é o branco (...) (Beatriz, 62 anos).

Aí, o remédio que eu tava dando ele suspendeu tudo porque ele puxa o câncer, às vezes tá até parado e ele puxa o câncer (...). Era um vermelho, eu não ficava sem ele (Catarina, 67 anos).

4.6 Os fornecedores de calmantes: farmácias e drogarias

O papel das farmácias no consumo de medicamentos é primordial, seja num serviço público ou privado. Loyola (1984b), em Nova Iguaçu-RJ, identificou dois tipos de farmacêuticos em seu trabalho, o “farmacêutico-comerciante” e o “farmacêutico-terapeuta”. O primeiro está voltado para o maior ganho financeiro de capital, com as farmácias localizadas na região central da cidade, com maior contato com a medicina oficial (com médicos e vários laboratórios farmacêuticos). O “farmacêutico-terapeuta”, de acordo Loyola (1984b), por estar mais próximo das classes populares, não culpa os integrantes dessas por suas doenças, explicando-as como conseqüências das condições climáticas e, sobretudo, da má qualidade de vida relacionada às dificuldades econômicas e sociais. Além disso, o “farmacêutico-terapeuta” é visto como integrador do conhecimento científico com o popular. No entanto, segundo Loyola (1984b), as pressões da indústria farmacêutica e o controle da saúde por órgãos públicos ou privados levam o farmacêutico-terapeuta ou tradicional a se restringir como um simples comerciante, perdendo sua função de assistente à saúde da população, fazendo com que perca seu lugar para o “farmacêutico-comerciante”.

Queiroz (1994) constatou, na cidade de Paulínea-SP, mudanças nas funções das farmácias e sua maior ligação ao ganho financeiro, ao contrário do que ocorria antes onde, além de vender medicamentos, o farmacêutico possuía papel central nas terapias e inclusive a função de médico,

receitando medicamentos, tratando e diagnosticando doenças. Um dos fatores que possibilitava esse papel do farmacêutico era a escassez de serviço médico em Paulínea. No entanto, segundo Queiroz (1994), ocorreu o maior investimento do setor industrial, fez aumentar a população e o número de farmácias e de médicos, ocasionando a mercantilização da saúde, que passou a ser vista como um negócio rentável, lucrativo. Desse modo, a ligação entre capitalismo, Estado e medicina oficial faz com que qualquer forma de tratamento fora desse contexto fique em desvantagem.

Podemos notar que as observações feitas por Loyola (1984b) e Queiroz (1994) sobre a relação entre as classes populares e as farmácias são relevantes, visto que há maior proximidade das farmácias com o ganho financeiro e distanciamento em relação à população pobre, não se encontrando mais o “farmacêutico-terapeuta” ou tradicional.

Em nossa pesquisa constatamos que as informações prestadas a respeito dos calmantes foram fornecidas, na maioria das vezes, pelos médicos. Farmácias e drogarias, inclusive a farmácia que fornece os medicamentos do Centro de Saúde Escola (CSE), foram vistas como não competentes para informar sobre os calmantes benzodiazepínicos. Além disso, de acordo com as entrevistadas, as informações prestadas sobre medicamentos já foram melhores no passado. As farmácias e drogarias (exceto a farmácia do CSE) foram vistas como um ambiente estritamente comercial e não como um local que presta assistência farmacêutica. É bom lembrar que o baixo nível de escolaridade das mulheres entrevistadas contribui para que não compreendam as prescrições médicas.

Às vezes, eu compro um remédio, aí fala isso é assim, assim... Um tempo atrás tinha um farmacêutico que ele explicava tudo pra gente. Hoje eles falam assim pra gente “lê a bula”. Eles mandam a gente ler a bula. Como a letra é miudinha assim, agora eu enxergo, mesmo as letras miudinhas porque eu operei de catarata, mas eu não entendo. Muitas coisas que falam na bula eu num entendo. Às vezes eu peço pra minha nora ler ou minha filha porque o farmacêutico há algum tempo ele dava, ele explicava melhor. Tinha o farmacêutico lá do seu José ele falava isso é assim, assim, assim. Agora não, agora a gente compra o remédio na farmácia, você fala... Eles falam “oh, lê a bula”. Então eles não dá atenção pra gente. E a gente, às vezes... ganha pouco, né, eles nunca dão atenção (Neusa, 73 anos).

Não. Eu só dou a receita e eles me dão o remédio. (...). É, antes a gente ia comprar remédio, eles falavam que aquele remédio não ia fazer bem, que não era pra toma. (Orinalva, 62 anos).

Mudaram bastante (farmácias ou drogarias), pra conversar, pra explicar, né. Tempos atrás era muito diferente com o de hoje. Hoje as pessoas só querem ganhar mais e atender menos. Mudou a falta, sabe, de explicação pra gente, pra gente e muitas e muitas pessoas que nem eu. Eu sou analfabeta, num sou... Não sei ler, não sei escrever, muito mal. Então, né, eu acho que deveriam explicar melhor, né, principalmente, para os idosos. Eles não têm tanta paciência pra explicar. Olha, a gente acha alguma pessoa, assim, que explica, que fala com a gente (Eupídia, 64 anos).

Quando foi perguntado sobre o papel da farmácia e da drogaria, se são capazes de dar informações a respeito dos calmantes, os pacientes vêem isso como um papel legítimo dos médicos. A visão que se tem da farmácia ou drogaria é uma visão apenas de um comércio, e não de um local de informação sobre os calmantes, mesmo da farmácia do posto de saúde.

Podemos verificar que a prescrição médica silencia as informações, e essa prática está também relacionada ao sentido comercial das drogarias. Os medicamentos prescritos chegam como uma ordem, os comerciantes supõem que não precisam explicar sobre o medicamento. Desse modo, as orientações se restringem aos medicamentos indicados pelos balconistas e/ou farmacêuticos.

De jeito nenhum, eles são apenas comerciantes. Eu acho que qualquer outro remédio, mas tranquilizantes ou calmantes eu acho que eles não têm noção, não pra orientar não. Remédio pra pele assim, por exemplo, vai na farmácia, às vezes põe uma pomadinha, entendeu, essas coisinhas assim tudo bem (Beatriz, 62 anos).

Ah, eles não explica, só vende. São só vendedores em farmácia, né. Só vai lá com a receita, toma e pronto, quando vai em farmácia. Agora quando vai o Cuiabá é também a mesma coisa (Marli, 61 anos).

Ah, eu acho que é um lugar que se resume em compra e venda, né. Até eu vou numa farmácia numa que dava desconto, né, mas eles nunca explicam nada sobre o calmante. (Verônica, 64 anos)

Pra falar a verdade o interesse deles é vender, eu acho que o único interesse deles é vender então eles tratam a gente bem (Leopolda, 78 anos).

Os medicamentos são adquiridos gratuitamente em sua maioria (quatorze mulheres) na farmácia do CSE (Centro de Saúde Escola), sendo principalmente fornecido o diazepam, exceto para quatro mulheres que tomam outros calmantes benzodiazepínicos.

No entanto, percebe-se que, no momento da dispensação, não são fornecidas informações sobre os calmantes. Talvez isso possa ser explicado pela existência da grande demanda de pessoas que dificulta ou impede que as informações e dúvidas sejam efetuadas, o que pode ser constatado nessa farmácia, onde sempre há uma enorme fila, onde as pessoas pegam seus medicamentos, e o número de pessoas necessitadas não permite aos poucos funcionários a possibilidade de prestarem informações. Além disso, os medicamentos são geralmente entregues fora de suas caixas, não contento bulas ou outras informações, fazendo com que nem sempre saibam o quê e porquê estão tomando os medicamentos prescritos.

[...] eu sempre pego no posto e no posto ninguém explica nada. Eu nunca fui numa farmácia pra comprar nenhum desses medicamentos. Eu só pego no posto. Só entrega né, porque é com receita. Entrega e pronto. (...) eu queria saber porque que eu tomo esses remédios. Porque pra mim eu acho que é porque eu sou nervosa, só isso (Eupídia, 64 anos).

Não. Os remédios que eu tomo é tudo pego aqui na Cuiabá (...) (Constância, 60 anos).

Eu compro com receita e eles não falam nada, mas graças a Deus toda vez que eu vou no posto eu... ganho (Sabrina, 68 anos).

As mulheres entrevistadas supõem que, pelo fato de irem com receita (ou prescrições) às drogarias ou farmácias, os vendedores não precisam explicar nada. As explicações ficam restritas ao conteúdo das prescrições médicas.

Ah, eles num explica nada não, porque a gente sempre vai com receita (Caetana, 86 anos).

Não. O médico já põe na receita o jeito de tomar (...) (Constância, 60 anos).

Não. Pego a receita e vou lá e pego o remédio. Sobre o remédio eu só conversei com o Dr. Fabrício. Só que não posso ficar sem o remédio (...) (Ivone, 71 anos).

Assim, o fato dos pacientes só buscarem explicações ou informações sobre os calmantes com os médicos pode estar ligada ao fato de ser um medicamento psicotrópico e adquirido apenas com prescrição médica controlada, fazendo supor que somente o médico tem esse controle sobre essas informações.

Oh, eu acharia que sim. Eu acharia que eles deveriam explicar. Ou, principalmente, o médico, né, o médico é o melhor. “Oh, a senhora toma esse remédio pra isso, pra isso... tal hora, tal hora e tal hora”, mas ele me dá a receita e... Marca na receita como tem que tomar, mas ninguém dá explicação não. E eu como que sei lê pouco, né, eu nem entendo, né. Marcam aqui pra mim, aqui tem os horários, tem tudo como tem que tomar. Mas não tem o porquê, o que eu tenho pra poder usar esses remédios. Isso eu ainda não sei (Eupídia, 64 anos).

Não, eu acho que não, eu acho que não. Quem tem que explicar é o médico da gente, falar: “Olha, a senhora vai tomar isso até tanto e tanto, depois disso tem isso, tem esses efeitos”. Eu acho (Zilda, 60 anos).

Porém, essas, diferentemente das outras entrevistadas, consideram que o farmacêutico pode ser útil para informar sobre os calmantes ou outros medicamentos.

Eu não posso reclamar, porque toda vida eu fui bem atendida, tanto que quando eu comprava, eu comprava lá no centro, lá na praça. Não tenho que reclamar, explicava direitinho (Teodora, 61 anos).

São, são sim. É útil sim, porque às vezes o médico dá uma receita, aí eu só tenho o segundo ano primário, eu não entendo a letra de médico né, então o farmacêutico explica bem sim, tem que dar as orientações (Fabiana, 60 anos).

Eu nunca fui perguntar, mas eu acho que informa (Zilda, 60 anos).

Ah, explicam né (Sabrina, 68 anos).

Eles falam que não pode ficar tomando muito tempo, tem que parar, tem que mudar, informam (Orlinda, 60 anos).

Nem sempre as explicações médicas são entendidas, buscando explicações com outras pessoas.

Eu num confio muito em receita médica. Quando tenho quer ir ao médico, algum lugar, eu vou sempre com minha filha, junto com ela, eu deixo por conta dela. Ela entende mais, depois ela me explica, explica tudo (Caetana, 86 anos).

4.7 Cotidiano e consumo de calmantes

As concepções e práticas relativas à doença mental são dinâmicas, “criam e recriam continuamente com base nas interações que os indivíduos estabelecem com pessoas pertencentes às suas redes de relações sociais” (SOUZA, 1999a, p.90). A doença, além de fenômeno individual, é também social (MINAYO, 1999, SOUZA, 1999a). Nesse sentido, podemos concluir que as concepções sobre doença e saúde interferem no tratamento, no uso de medicamentos, o que leva a interagir com o tratamento as pessoas que estão próximas ao doente, como parentes, amigos, vizinhos, dando conselhos, opiniões e sugestões sobre os medicamentos que o paciente está fazendo uso, até mesmo receitando outros medicamentos.

Nas mulheres entrevistadas o conhecimento sobre os efeitos dos calmantes pode contribuir para que seu uso seja difundido ou limitado. É através das relações pessoais entre vizinhos, parentes e amigos que se difundem os efeitos dos medicamentos. Algumas entrevistadas possuem ou convivem com pessoas próximas, como marido, filhos, irmãos ou vizinhos, que tomam calmantes ou medicamentos psicotrópicos. Essa convivência pode estar contribuindo para maior conhecimento sobre calmantes, fazendo surgir concepções sobre os mesmos, o que interfere na maneira de usá-los.

Têm minhas irmãs né, minhas duas irmãs (...). Uma arranca pedaço da pele, até ela pediu pra ver se arrumava um lugar pra ela se consultar porque às vezes eu dou até esse remédio meu pra ela, ela pede, ela toma meio (...). A outra, só que ela fica doidinha, ela dorme quase 24 horas com meio (...). Ah, a outra eu nem sei como é que ela anda, a gente não se vê quase, aquela lá tem mania de doença porque ela vive com uma bolsa cheia de remédio dentro. Acontece que ela tem aquela doença lá, como que chama? Hipocondríaca né, é isso aí? Eu acho que é (Zilda, 60 anos).

A minha neta, de vez em quando ela toma um calmante que o médico dela receitou pra ela, até esqueci o nome do remédio que ela... umas caixinhas... ela toma. A minha filha também de vez em quando ela toma remédio (Leopolda, 78 anos).

Ah, não conheço. Ah, tem meu cunhado que faz... mas o meu cunhado, o marido da minha irmã, mas é com outro médico. Porque ele é bancário, é aposentado. Só que ele trata com médico, só que os deles são comprimidos mais fortes, né, porque acho que o dele é pra esquizofrenia. O que eu conheço é só o dele, mas é de outra parte (Verônica, 64 anos).

Tem. Parece que o meu irmão e minha irmã (Catarina, 67 anos).

A minha irmã toma um forte à noite. A outra toma (cunhada) Lorax. É tudo médico delas que receita (Marli, 61 anos).

Tem a minha cunhada que tá usando, mas não é Diazepam, mas também num sei o nome, só sei que ela bebe dois à noite (Teodora, 61 anos).

As minhas meninas também tomam. Mas, elas tomam outros calmantes, não é o Lorax (Caetana, 86 anos).

Porque eu acho que tem que ir no médico, fazer uma consulta, né, pra poder ter a receita, pra poder tomar. Ah, a minha menina deu o meu calmante pro marido dela, porque ele tava bêbado. Ele dormiu pelado dentro do banheiro (risos). Aí, eu falei “num dá, que ele tá cheio de cerveja, porque ele bebeu”. Daí ela tacou calmante no refrigerante, aí ele foi lá tomou, né. Amanheceu dentro do banheiro, aí deu sossego. Tava atentando. Porque esse remédio não pode tomar com álcool (...)(Constância, 60 anos).

Destarte, a concepção do porquê o outro toma calmante vai além dos familiares e alcança outras pessoas próximas como os vizinhos .

O Alfredo fica internado direto, ele fica louco. Alfredo fica louco, quebra tudo em casa. Ele fica internado. Ele toma Diazepam. A dona Marta também, ela é meia zoró. Agora, eu tenho uma vizinha , ela é costureira, Lea é meio fraca da cabeça. Se conversa com ela, Lea num ouve. É meio retardada. Ela toma Diazepam também. Diazepam é bom assim? (...) (Ivone, 71 anos).

Ah, porque não tinha, que nem essa mesmo que é vizinha de casa, porque não tinha relações com o marido, dormia em camas separadas, tinha ódio dele, até que agora vieram a separar, então... (Esmeralda, 68 anos).

Bom, a minha vizinha toma Diazepam. Ela toma... Ela tem problema de bronquite, né. Então, ela toma calmantes, mas não sei explicar. Ela toma porque ela num dorme, ela tem bronquite, ela bomba aquele Aerolin. Quando ela não dorme ela usa. Mas é o médico que receita pra ela. Ela trata lá na avenida (Neusa, 73 anos).

Porque eu converso com as pessoas: “A senhora toma aquele?” “Tomo”. “Ah, a senhora toma aquele?”. Eu tinha uma amiga que faleceu que ela tomava, tinha setenta anos, ela tomava calmante, então naquela época eu era mais nova e ela mandava eu tomar também, foi quando eu comecei com essa coisa de tomar calmante porque eu me dei bem, achei melhor. Eu conversei com aquele... ah, esqueci o nome, um remédio muito comum que eles dão hoje para os velhos, a minha vizinha toma ele, é... (Leopolda, 78 anos).

Diazepam a minha vizinha toma, ela tava tomando (...) o Diazepam. (...). Olha o motivo dela eu não sei, porque ela perdeu um filho, ela ficou internada até no Santa Tereza, (...) a médica que passa pra ela (...). Ela já me pediu, mas eu não dou porque eu tenho medo de dar remédio pra outra pessoa, é o mesmo, mas a gente dar pra outra pessoa. eu não sei se pode dar, vai que acontece alguma coisa e a gente que deu (Sabrina, 68 anos).

Em nossa pesquisa, observamos que os calmantes benzodiazepínicos muitas vezes são emprestados, dados, indicados para as pessoas que circunvizinham o paciente (vizinhos, filhos, parentes, amigos). E ocorre a indicação do médico como fornecedor de receitas de calmantes.

Às vezes eu falo pra minha filha, né, às vezes ela tá nervosa, agitada, eu falo: “ué, vocês tem que fazer igual mãe de vocês, procurar um psiquiatra que eles vão te dar remédio que é muito bom” (Eupídia, 64 anos).

Ah, às vezes eu falo assim, que eu tenho uma irmã, eu falo assim, às vezes acontece alguma coisa na família, ela fica nervosa, fica tremendo de tudo. Eu falo assim porque se não, porque você num procura um médico, vai no posto, procura médico, depois às vezes te mandam para um psiquiatra, um psicólogo, vai te mandar você pra lá, te encaminhar. Às vezes se bebe um calmante, também num precisa beber diário, às vezes você bebe um tempo e pára. Eu falo só pra ela normalizar um pouco não (Teodora, 61 anos).

São as pacientes quem julgam quando e quantos medicamentos devem usar, através de seus sintomas. Porém, isso pode ser adicionado aos efeitos de dependência que os calmantes podem provocar. Não é suficiente ter apenas os calmantes, mas ter uma quantidade suficiente para dar segurança.

Eu ainda não tentei não, mas só de eu preocupar quando eu tenho o último e tenho que voltar no Dr. Felisberto se eu vou no posto que eu não acho aquilo pra mim... Eu já não durmo à noite. Ficar sem... Eu já inculco então já: “Puxa vida! O meu calmante tá no último. Amanhã eu tenho que ir no Dr. Felisberto. Amanhã eu não posso ficar sem ir no posto buscar”. Então

não sei se é porque eu inculco com aquilo, então eu já fico preocupada (...)
(Esmeralda, 68 anos).

Segundo Uchôa (1995), as doenças mentais possuem significados de acordo com o contexto sociocultural, cada sociedade pode conceber as doenças de maneira particular. As generalizações dos conceitos de doença dados pela psiquiatria são falhos. Em pesquisa desse autor, realizada em comunidades africanas, observou que a depressão não era identificada pelas generalizações ou padronizações da psiquiatria, mas sim através da realidade sociocultural.

A rede de relações sociais, formada pelas pessoas que circundam o ambiente das entrevistadas numa interação comunicativa, relacionada ao uso de calmante, é visível, conhecendo o porquê e o quê o outro consome. É através dessas relações que se conhecem os efeitos dos medicamentos. Porém, mostra-se que o empréstimo e a prescrição de medicamentos entre as pessoas são enfraquecidos pelo individualismo e não pela consciência dos efeitos nocivos que os calmantes podem causar. É bom lembrar que os calmantes benzodiazepínicos são medicamentos ditos controlados, sendo fornecida a prescrição com número limitado de comprimidos e adquiridos apenas através de prescrição.

Num sei te explicar. Teve gente que já quis me dar remédio. Teve gente que já quis o meu também. Eu falei “que num posso te dar que este remédio é controlado, esse remédio é meu e se te dar vai me fazer falta”, falei assim “vai buscar receita”, mandei ela vir aqui (Constância, 60 anos).

Conheço várias, conheço várias pessoas, inclusive eu tenho uma vizinha que ela não dorme sem o calmante, não retorna ao psiquiatra e tá sempre me pedindo e eu não dou, eu falo: “Vai no teu médico. Me pega uma receita. Eu não tomo do seu querida, eu tomo outro, a senhora não pode tomar, vai no médico. Pelo amor de Deus!” Com a mão na cabeça... Ela fala: “... Eu não tenho coragem de ir.” Daí eu falo: “Tem, o tempo que você vem na minha casa pedir os remédios, vai no médico pedir”. Conheço várias pessoas que tomam (Esmeralda, 68 anos).

Não, também não. Acho que não tem nada também, se ela precisar, coitada, se ela não dorme acho que pode emprestar, né? Porque ela toma o mesmo. Não tem nada a ver, né? (...) (Sabrina, 68 anos).

Às vezes a minha irmã me empresta, mas ela me dá o mesmo que ela tomava... Agora ela não tá tomando mais, a minha irmã me emprestava alguns comprimidos porque ela tava fazendo o mesmo tratamento, tomando a mesma coisa(...). Sempre as pessoas falam: “Ah, eu tomei tal remédio que olha, eu desmaiava, é muito bom”. Mas eu nunca tomei, só fica nisso daí, as pessoas me falam, mas eu nunca tentei tomar, nem falei pro médico pra me dar a receita (Orlinda, 60 anos).

Porque num pode. Vai que ela num pode tomar. A doença pode ser diferente. Não vai dar certo. Pode ser pior. Uma mulher perto de minha casa falou: “você toma Diazepam, você num tem dois pra mim arrumar?”. Eu falei: “Ah, eu num tomo mais Diazepam”(...) (Orinalva, 62 anos).

O medicamento por ser contado, ser dado para um espaço de tempo, muitas vezes fica restrito à sua difusão, pois irá fazer falta àquele que o estiver usando. O uso mostra-se elevado, existe uma rede de comunicação entre os usuários de calmantes. Há pessoas que querem encomendar, emprestar ou fornecer e pessoas que querem receber e pedir os calmantes para outros consumidores.

O fato de não dormir, motivo primordial do uso de calmantes, segundo nossas observações, é na verdade uma consequência de diversos acontecimentos e desajustes na vida cotidiana das mulheres entrevistadas. Isso pode ser mostrado em certas falas das entrevistadas a respeito da insônia e do padrão de utilização dos medicamentos em questão.

O Diazepam não é sempre que eu tomo, é lá de vez enquanto, quando eu perco o sono é que eu tomo (...) (Neusa, 73 anos).

Eu tomo um à noite pra dormir... Sem calmante eu não durmo. Essa noite eu não dormi, eu tava sem, passei à noite inteira em claro. Levantei às duas horas, fui lá pra tomar um copo com água com açúcar. Aí eu falei comigo mesma: “Ah, eu não vou tomar nada, eu vou dormir”. Aí quando foi, deu cinco e meia hs eu levantei (Marli, 61 anos).

Eu ouvia falar: “Ah, eu tomo calmante”. Eu pensava: “Ah, essa é doida né.” Mas por fim até eu precisei tomar e eu não acho que isso é estar doido, eu, na minha opinião eu acho que não é, é uma coisa pra gente relaxar, pra gente dormir ou ficar mais calma, eu acho isso (Zilda, 60 anos).

Não. Eu tomo primeiro esses dois, depois a hora que eu começo a me sentir que eu tô com sono aí eu vou lá e tomo o Diazepam. Mas se eu ficar sem ele eu não consigo dormir (Catarina, 67 anos).

É, às vezes eu tomo duas ou três vezes por semana, o Diazepam. À noite pra dormir, só pra dormir. Durante o dia eu num tomo, só à noite (Orinalva, 62 anos).

Parece que o Diazepam faz dormir melhor, sabe, eu durmo logo, tenho dormido, o Valium também é muito bom (Leopolda, 78 anos).

O fato de não dormir pode estar relacionado, segundo Beatriz, Claudete e Ivone, à menopausa. Deve-se analisar o porquê do uso de calmantes nas mulheres nesse período de suas vidas, pois, além dos psiquiatras, médicos de outras especialidades médicas, como a ginecologia, também são grandes prescritores desses medicamentos.

Na época, porque eu tinha distúrbio do sono. Entrei na menopausa, num dormia, acordava no meio da noite. Aí a ginecologista me receitou, “vai sentir bem com isso”, ela falou. Aí fiquei dependente (...) (Beatriz, 62 anos).

Faz muito tempo, desde que eu entrei, comecei a menopausa, sabe, daí eu entrei em depressão, sabe. Entrei em depressão, aí se eu ficar sem os medicamentos eu entro em depressão. Aí num durmo, num como, num faço nada. Só é chorando, uma depressão muito forte se eu num tomar meus medicamentos. Eles que me controla o meu estado de saúde. O Dalmadorm não tava fazendo efeito mais, agora eu tomo Diazepam (Claudete, 61 anos).

O Agreal custava muito caro, o Agreal controlava a cabeça e controlava a menopausa. Aí, depois que eu tirei o Agreal eu emagreci, de 62 quilos passei a 54 quilos. Afinei o rosto. Eu perdi o apetite, eu não tenho mais fome hora nenhuma nesse mundo (...). Agora, o Diazepam eu tô indo muito bem com ele (Ivone, 71 anos).

Desse modo, a indicação, empréstimo de calmante para outras pessoas é justificada através dos mesmos motivos que elas concebem para seu uso. O porquê de seu consumo é a insônia, os problemas familiares, econômicos. Assim, a automedicação com calmantes é expandida, o modo de usar os calmantes vai além das prescrições médicas para determinados pacientes.

O Diazepam é bom pras pessoas, as pessoas que num dormem, tem insônia. O meu filho, ele bebe muita cerveja, ele tem problema de beber muita cerveja. E ele tem muito problema familiar. Já tem oito filhos com 6 mulheres, tem que pagar pensão, muita criança. Ele tem dificuldade na vida dele demais, então, tem noite que ele não dorme de pensar na vida. Aí, ele

vai lá em casa e busca o Diazepam. Eu pego e dou pra ele, e ele dorme com o Diazepam, se sente bem. Eu falei pra ele: "vai no médico, pede o Diazepam, que eu num posso tá te dando Diazepam que faz falta pra mim" (Ivone, 71 anos).

A forma de adesão ao tratamento recebe influência do profissional médico, pois, segundo a maioria das pacientes, os médicos lhes falam para tomar meio comprimido, um quarto, para ir diminuindo. Mas não existe um tratamento coerente e determinado e quase sempre o paciente é quem decide. Podemos observar, através da fala das entrevistadas, que os médicos induzem-nas a ter uma autonomia equivocada sobre seus tratamentos, o que conseqüentemente, favorece a automedicação. Desse modo, os problemas sociais, familiares, econômicos e as concepções sobre os calmantes acabam ditando a maneira de usar ou não as prescrições médicas. Além disso, o uso incorreto pode aumentar a prevalência de pessoas dependentes e a dependência ditar também a maneira de usar os calmantes.

A autonomia do paciente pode estar sendo influenciada pela fala do médico, e as informações sobre calmantes podem estar incompletas ou serem mal compreendidas pelas pacientes. Adicionalmente, há tendência induzida do paciente se culpar por ser dependente dos calmantes e por não deixar de consumi-los. A liberdade que o médico oferece ao paciente de querer ou não parar de tomar o medicamento pode levar ao uso errôneo, de se tentar interromper o uso sem a devida assistência.

Eu acho que eu tenho tido pouca explicação dos médicos (Eupídia, 64 anos).

Não, o Dr. Fernando também não explicou. Ai, ele falou "que o dia que a senhora tiver bem, a senhora passa a tomar meio". Mas, ele não explicou o pra que que é, pra que que não é. Então, eu tomo, achei que me faz bem porque parou aquelas crises que eu tinha, de choro, né. Então, eu me sinto bem. Mas, ele não falou, não explicou pra que é o Diazepam, que é assim, assim, assim ele não explicou...Ele receitou, eu sei que é pra dormir, falou que o dia que eu não tiver... (Neusa, 73 anos).

Era um pouquinho só que eu nunca fui de tomar muito não, tomava metade, que nem agora o Rivotril eu tomo meio Rivotril de 2mg só que quando eu saí do Hospital Dia o médico falou pra mim ir começando a tomar um quarto só,

pra mim ir tirando, mas até hoje eu não consegui eu tô tomando meio porque eu comecei tomar um quarto e eu não conseguia dormir. Aí o Dr. Fábio disse pra eu continuar tomando meio e eu tô nesse meio. Eu tento não tomar mais, mas é difícil...só quando eu tô com muitos problemas (...)(Orlinda, 60 anos).

Então, eu tomo como o médico falou, a única coisa que eu errei agora foi que foi preciso tomar dois (diazepam), um de manhã e um à noite, foi onde que o remédio acabou antes. O último eu tomei hoje de manhã. Porque era só pra tomar só um à noite. Eu acabo tomando dois pra acabar barulho na cabeça. Aí, o dia que vim o doutor falou pra mim: “que o tempo que tava tomando o remédio já era pra ter passado, ter sarado”. E perguntou: “quer parar com o remédio?”. Eu falei “não”, se eu parar com o remédio vai piorar. Aí, eu tomei dois de uma vez só, um de manhã e um à noite. Ai parou o barulho (Constância, 60 anos).

Não, não, ele influencia até pra eu parar de tomar, principalmente o Dr. Geraldo, ele já falou pra mim: “A senhora devia parar com esses remédios, já tá no tempo de parar”. Eu falei: “Eu não vou parar”. E ele me falou muitas vezes, não foi uma vez só não: “Tá no tempo, tá no tempo da senhora parar com esses remédios”. Falei: “Não posso ficar sem esses remédios” (Zilda, 60 anos).

Ah, eu não acho. Que nem eu converso muito com o Dr. Joaquim e ele já falou pra mim que podendo evitar é melhor porque já fica dependente do remédio né, então sabe como que é, a força de vontade manda muito e eu teria que ter força de vontade de não tomar o Diazepam, mas chega à noite e eu quero dormir né. (ri) (Leopolda, 78 anos).

Sabe por que? Esse me faz dormir também, o que o Dr. Ronildo me receitou, me sinto bem com ele, até já falei com ele: “Dr. Ronildo, o senhor podia tirar o Diazepam porque eu me sinto bem com esse outro aqui”. Mas sempre em família vai ver que tem sempre uma coisa assim né que perturba, então ele falou que é bom a gente tomar pra tranquilizar (...). Ah, fim de semana eu não tomo não, se eu tiver sentindo bem assim e tudo eu não tomo não. Quando o doutor Ronildo me deu ele falou que não precisava tomar todo dia né (Sabrina, 68 anos).

Porque ele já me orientou que precisa largar, que num faz bem, e eu acredito nele. E eu acho que ele tá certo. É pena que eu não posso parar (Beatriz, 62 anos).

O fato de não estar se sentindo bem devido aos efeitos dos medicamentos é muitas vezes generalizado, quase sempre pelas redes de relações sociais, pela vizinhança, pelos parentes. Isso pode levar a empréstimos, informações e concepções sobre os calmantes. Há o conhecimento de que não pode se dar o medicamento para qualquer pessoa, tem que ser uma pessoa avaliada por aquele que já o está tomando.

E aquela pessoa pode ser que esteja tomando outros medicamentos que podem interagir com o emprestado.

Já pediu, só que o dela é de seis miligramas, só que ao invés deu dá dois eu dou quatro, né, porque ela (vizinha) toma dois de uma vez. Eu nunca fico sem, porque tomo só um quarto. Já pediu sim, mas não foi só ela não (...). Ela pedi pra mim emprestado, às vezes. Eu nem quero de volta, porque o dela é o de seis miligramas. Eu nem quero, eu falo: “num precisa me dar não” (Beatriz, 62 anos).

Porém, nem sempre deixar que o outro saiba que está consumindo um calmante ou fazendo tratamento psiquiátrico é conveniente, fazendo com que seu uso fique individualizado. Segundo Teodora, o consumo de calmantes pode ter conseqüências para seus usuários, podem sofrer discriminações, o que restringe uma rede de comunicações sobre os calmantes. O consumo de calmantes pode produzir socialmente a exclusão, seu consumo deve ser dissimulado. Para Teodora, o fato de freqüentarem um psiquiatra é motivo de não arrumarem emprego ou serem mandadas embora, ou ficar sem comunicação com vizinhos, amigos, parentes. A esse respeito, Goffman (1985), comparando as relações humanas com o teatro, nos diz que qualquer comunicação entre pessoas procura convencer um em relação ao outro sobre a aparência desejada e não a realidade ou a verdade. Mais do que ser normal, tem que se convencer o outro que está normal, trabalhar a aparência desejada, o que está relacionado aos direitos que se podem adquirir, o respeito, a comunicação. Sendo assim, o conhecimento a respeito do consumo dos calmantes pode ficar restrito a seus usuários.

Já cuidei de mim, eu trabalhava de empregada doméstica antes de eu ficar desse jeito. Eu levava os meninos comigo no colo no ônibus, trabalhava de empregada, faxineira. Mas, eu num contava que tomava calmante, eu num falava que tratava com psiquiatra porque se falar aí a patroa não dá emprego, porque se essa pessoa trata com psiquiatra e bebe calmante, a pessoa já fica meia assim. Já não fica com aquela confiança na pessoa, eu acho. Depois, eu parei de trabalhar, trabalhei bastante (Teodora, 61 anos).

4.8 A família como espaço da doença e do uso de calmantes

O uso de calmante está, também, relacionado a questões das famílias das pessoas idosas. Allard et al. (1995), em pesquisa feita em comunidade do Quebec, Canadá, observaram que os psicotrópicos são a segunda droga mais comumente consumida por pessoas acima de 65 anos de idade. E constataram que a qualidade do relacionamento do idoso com outras pessoas, particularmente com seus filhos, tem influência direta sobre seu bem-estar psicológico, gerando, conseqüentemente, menor uso de psicotrópicos, principalmente benzodiazepínicos. Problemas na família como morte, baixa renda, desemprego, discriminações e o pequeno número de pessoas na família contribuíram para o maior uso de psicotrópicos⁵.

É bom lembrar a existência de questões que dizem respeito ao gênero. A divisão de tarefas pode ser desgastante à mulher. O fato de ter vários filhos provoca, conseqüentemente, muito trabalho e muito cuidado, como é o caso de Caetana que teve 10 filhos. Assim, deve-se analisar melhor a relação entre trabalho, família e uso de calmantes.

Deve ser porque tem filho, fica nervoso quem tem família, né (Caetana, 86 anos).

Oh, porque eu era muito nervosa, eu tinha os meninos pequenos, nossa era terrível. Aí dava aquilo, tipo fica assim, nervosa ou num dormia de noite. Nossa era terrível. De nervoso. Aí toda vez que eu ia consultar, às vezes na clínica geral, eles me receitavam calmante pra mim tomar. Aí eu tomava, tomava aquilo. Acalmava passava... Quando de repente, dava outra vez, eu ficava daquele jeito de novo, nervosa né. Aí juntava dois nervoso, o que vira né (...). Aí passei na policlínica, aí me receitou o Diazepam. Passei em outro médico, ele receitou o Diazepam. Aí eu perguntei ele: "Por que toda vez que eu vou consultar esses por causa de eu ser nervosa, vocês receita Diazepam, tem que ter algum motivo?" Aí, porque a senhora é muito nervosa (...). Aí eu fui partindo de um comprimido de 10mg foi pra cinco, depois de 5mg eu parti em 4 partes (Teodora, 61 anos).

Tomava bastante remédio, na época, o Tryptanol também eu tomei, fiz uso de Tryptanol, mas faz muitos anos já. Tinha crianças pequenas, sabe né. Passei uma fase muito difícil na vida, deve ter sido isso (Beatriz, 62 anos).

⁵ Schmitz, Torres e Soares (1992) observaram que, dentre 684 casos de tentativa de suicídio no Rio Grande do Sul em 1990, o auto-envenenamento com benzodiazepínicos estava entre as três maiores causas, perdendo para agrotóxicos e outros medicamentos.

É porque eu sou um pouco assim, um pouco é por hereditário, de família, né. Um pouco é por ter muitos filhos, marido era sempre doente, né. Eu sou muito preocupada, preocupo com o marido, com os filhos. Sou cheia de sistema nervoso, preocupa, inclusive ataca o labirintite. Sistema nervoso ataca a labirintite aí fico passando mal (Claudete, 61 anos).

Sabe por que eu tô tomando isso daí? Meu marido bebia demais e a gente brigava demais. Nossa! Eu tinha uma raiva dele quando ele chegava bêbado, eu falava pra ele: “Parece que você é duas pessoas”. Porque ele era muito bom, trabalhador e tudo, mas quando bebia... Então ele partia em cima dos filhos e eu não aceitava, ele judiava dos filhos, tocava eles embora de casa, sabe. Comigo não, mas como ele mexia com os filhos aí a gente brigava muito. Aí ele faleceu, aí eu danei tudo, sabe? Aí eu não conseguia trabalhar, aí eu não conseguia ficar dentro de casa, queria ficar só na rua pra lá e pra cá, pra cima e pra baixo (...) (Sabrina, 68 anos).

Se eu ficar sem eu não sou ninguém não (...) ainda mais lidando com esse filho e com o marido que eu tive. Foram 21 anos casada, 11 anos ele quebrando tudo em casa e me difamando, falando que os filhos não eram dele (ri) (Fabiana, 60 anos).

A iniciação do uso de calmantes pode ser, inicialmente, marcada por algum acontecimento na vida, porém, este pode perder significância frente ao uso prolongado do calmante. O acontecimento determinante do uso é descartado frente aos efeitos dos calmantes, a falta do calmante passa ser um problema.

Foi quando eu desquitei. Não, foi assim, eu tava desquitando, né. Eu tinha 29 anos, ia fazer 30 anos. Aí, eu tava desesperada, sabe né, quanto tá, né. Nunca tinha acontecido isso comigo, né. O meu marido arrumou outra, foi embora com outra. Eu fiquei desesperada. Aí eu procurei o médico, o medico falou... (...). Aí ele falou: “Vou passar um calmante que você vai bem calminha lá conversar com o juiz”. Aí passou o Lorax. Pronto, dali eu comecei, entende, até vim esse tal de... vim, vim. Todo mês ele me mandava eu ir buscar, passava uma receita pra mim. Até que fiz o desquite, tudo, tudo, tudo, tudo numa calma, tudo certinho e foi... Aí ele falou: “Agora você continua tomando ele pra dormir pra tirar essas coisas ruim, pra tirar essas coisas ruim, tirar esse mal-estar, essas coisas que você tem, essa depressão, essa coisa ruim”. Então, eu tomava aí fica tudo... Ah, eu fico contente... Num tava nem aí pro povão. Mas, quando falta o calmante, já fico ruim de novo. Hoje eu não tô muito boa, mas é falta de calmante, eu acho (Marli, 61 anos).

Diazepam é um à noite, só que ele num tava fazendo efeito porque o meu marido faleceu, eu num consigo dormir, agora passei a tomar dois, agora tô tomando dois, num consigo, se eu num tomar eu passo mal. Se eu num dormir bem eu passo mal. Eu num concordo em parar de jeito nenhum,

quando eu vejo que o remédio tá acabando eu fico nervosa, se o remédio tá acabando eu fico desesperada (chora) (Claudete, 61 anos).

Como já visto, a relação da mulher com os filhos e marido produz ambiente, segunda as entrevistadas, sofrimento que contribuem para o consumo de calmantes. O trabalho excessivo proporcionado pelo lar, os atritos com marido, desemprego contribuíram, segunda as entrevistadas, para justificar o consumo de calmantes.

Antes disso, toda vida eu fui, eu era nervosa, quando eu era solteira, quando eu casei de novo, num sei se é a luta agravava a vida da gente, né. Meu marido é muito sistemático demais, não é aquela pessoa que colabora em casa, assim né, assim com os filhos, tudo com os filhos né, arrumava, tudo era eu, né. Então, acho que foi juntando, ah, a gente vem sofrendo desde pequena (Teodora, 61 anos).

Ah, mesma coisa, nos primeiros dias parece que tava fazendo efeito, agora parece que num tô, tem noite que durmo, tem noite que eu num pego no sono. Porque eu sou muito preocupada, assim, os problemas de família, a gente fica com eles na cabeça. Sou muito pensativa, então eu acho que passa todos os problemas e eu não posso ficar muito preocupada que ataca a bronquite, porque a bronquite, geralmente, a bronquite é além de fundo nervoso, é de fundo emocional (Verônica, 64 anos).

Ah, problema de tudo contué jeito, é doença, é preocupação, é desemprego, tudo essas coisas. E a gente que é muito preocupada passa pra gente os problemas, né (Verônica, 64 anos).

Tenho 3 filhos, tá tudo casado já, mas eu acho que depois de casado dá mais trabalho, dá, dá mais preocupação. Porque quando tá solteira é só filho ou só a filha. Quando tá casado aí vem a nora, os netos, aí se preocupa mais, mas depois que eu tomei esse negócio do assalto eu num preocupo mais (...) (Teodora, 61 anos).

Ah, muitos problemas né, a minha infância foi muito sofrida, foi sofrida demais. Eu trabalhava na roça, passava necessidade, não tinha roupa pra por direito, tomava sol e chuva, foi isso. E depois casei morando em Rio Preto. E meu pai, coitado, hoje eu como Testemunha de Jeová sou diferente né, eu saí de casa zangada com ele sabe, ficou assim seis anos sem pôr os pés dentro da minha casa (...) então eu tive muitos problemas familiares também né. Meu pai ele era desses também que ficava nervoso e que rasgava até a roupa no corpo. Então hoje como Testemunha de Jeová eu não vejo a hora de abraçar ele na ressurreição, eu mudei muito meu proceder viu (Fabiana, 60 anos).

Sabe, eu moro no fundo da casa da filha, a casa é muito boa, bem montada a minha casa, a filha... Essa filha é muito nervosa demais, (ri) tem os netos,

tem dois casados agora e a moça solteira e tem uma bisneta e eu tenho uma paixão pela bisneta que é uma coisa tremenda (ri) (Leopolda, 78 anos).

Ah, senhor sabe, quem tem família tem sempre um problema em casa né, então se a gente tiver nervosa com alguma coisa assim a gente toma e parece que tranquiliza a gente (Sabrina, 68 anos).

4.9 Naturalizando o consumo de calmantes

O uso dos medicamentos para a doença mental pode ganhar uma amplitude de concepções, podendo o paciente não aderir ao tratamento, diferentemente do que ocorria com os pacientes institucionalizados, obrigados a aderir às terapias medicamentosas. Quando institucionalizados, não se fazia necessário analisar questões tão significantes como a família dos pacientes, as dificuldades ou necessidades sociais e econômicas, as discriminações em relação às pessoas com doença mental. Agora, pode-se analisar a doença mental enfatizando contextos sociais particulares, que influenciam os tratamentos médicos dados aos pacientes e na relação de sua pessoa com a sociedade. Nesse sentido, a doença mental desencadeia um complexo cuidar por envolver processo social e redes de relações sociais, o que faz definir as perturbações e que conseqüentemente “(re)orientam suas ações para com o indivíduo” (SOUZA, 1999a, p.89).

Isso se torna relevante à medida que nossa pesquisa constatou que várias mulheres entrevistadas possuíam algum membro da família também com transtorno mental, sendo a convivência com os mesmos sua justificativa para o uso dos benzodiazepínicos. A doença do outro foi justificada como mais séria do que a sua, dizendo que são loucos, esquizofrênicos. Notamos também, como já visto, que várias pessoas dentro de uma mesma família tomam calmantes ou outros tipos de psicotrópicos. O uso de calmante segue continuamente dentro de uma mesma família, fazendo trocas de informações através do tempo, entre pais, filhos, avós. Esse fator contribui para justificar o uso de calmantes como hereditário⁶, “naturalizando” o seu

⁶ A origem da doença, quando relacionada à hereditariedade, é referida de acordo com Boltanski (1984): a doença que vem de dentro, que é própria do indivíduo, é inevitável, está

uso. Porém, na convivência com filhos que utilizam medicamentos psicotrópicos e possuem algum distúrbio mental, o controle da terapia é executado pelas entrevistadas, elas quem julgam como seus filhos, vizinhos e parentes devem consumir os medicamentos. Assim, tornam-se conhecedoras das funções dos medicamentos e difusoras de seus conhecimentos sobre os medicamentos relacionados à doença mental, supondo quem deve ou não usá-los. Como já referido, a convivência ou o cuidar da pessoa com doença mental pode estar contribuindo para que a vida dessas pessoas seja dificultada, cansativa ou estressante, sendo uma causa do uso de benzodiazepínicos.

Na minha família é tudo nervoso (...) o meu irmão, o rapaz que tem problema também, mas só que ele não aceita o tratamento, ele já teve no sanatório várias vezes, ele interna porque ele não aceita tratamento. (...). Toma o Amplictil e eu tava dando Gardenal pra ele também (...). Ele (filho) toma um Tegretol por dia, tem dia que eu não dou o Tegretol pra ele não (...). Haldol, quando é retorno ele toma... (...). É, de manhã ele toma um Diazepam e tem dia que eu dou um Amplictil também, o Amplictil eu não dou todo dia não porque se não ele fica mais esperto, ele me ameaça agora porque ele tá com esquizofrenia (...). Então é sinal de que...o médico falou que ele não tem noção do que faz, já não tinha, mas agora de tanto que bateram nele ele saiu da rua sabe, tá em casa. Eu dava até banho nele (Fabiana, 60 anos).

Ah, esse (filho) que tá em casa doente, tomava Melleril e Akineton. Ele foi internado no Santa Tereza (Hospital Psiquiátrico) quatro meses. Agora ele tá um rapaz em casa, insuportável. Eu num agüento mais, ontem ele estragou um relógio de parede tão lindo, acabou com tudo. E ele tá nervoso mesmo. Qualquer coisa que fala pra ele, vai contrariar. Anteontem ele quebrou um aparelho de som, quebrou o piso, também, no chão. Agora, ontem ele quebrou o relógio. E ele é perigoso, ele deu uma facada no pai, também, e deu uma facada numa mulher esperando nenê, esses tempos (Ivone, 71 anos).

Na minha família todos têm problema, me falam que é porque minha mãe casou com um primo legítimo. O meu irmão, morreu já, foi internado no Santa Tereza (Hospital Psiquiátrico). E o João, também meu irmão, também tem problema de cabeça. Eu tenho um filho, eu desmaiei (quando grávida dele) e ele nasceu com mancha no cérebro e até hoje tá tomando remédio, tem 37 anos (...). Com cinco anos ele, o Carlos, num andava e nem falava,

no sangue, enquanto que as doenças contagiosas são as que vêm do meio exterior e são evitáveis. O termo predisposição é utilizado como aumento de o indivíduo ter determinada doença.

né. Agora, ele anda, fala, mas tem que dar banho, troca roupa. Igual criança, ele tem idéia de criança de dois anos (Constância, 60 anos).

É hereditário, a minha mãe tinha problema de depressão, usava medicamento também, então, eu, meus irmãos, não são todos, mas algum tem, tem problema de depressão, entram em depressão, em tratamento (...). Irmão e irmã, eu tenho um irmão que toma, dois irmão que toma e duas irmã que tomam e minha filha. (...). Motivo de depressão, ansiedade, angústia, insônia. A minha filha queima os braços se ela ficar sem, ficar sem dormir, ela queima os braços, o corpo se ela ficar sem dormir, né. Ela toma Diazepam e Rivotril pra tirar ansiedade, fica deprimida, então tem que tomar. Aí ela toma, ela se sente bem, se ela fica sem tomar ela passa mal (Claudete, 61 anos).

De acordo com Villares, Redko e Mari (1999), as concepções de doença dadas pelos familiares de pacientes esquizofrênicos são significativas quando se pensa na elaboração e na intervenção de tratamentos. É a família que promove contato entre o doente e os serviços de saúde existentes, é ela que avalia e conduz terapias e lida com situações que envolvem as crises do doente.

Outro ponto relevante sobre a família é levantado por Guedes (2001), dizendo que os doentes com transtornos obsessivo-compulsivos podem mudar toda a rotina da família a qual pertencem, deixando seus membros vulneráveis, produzindo ações não planejadas, sem avaliação e sistematizadas, ao mesmo tempo em que produzem acomodações, não buscando mudanças e melhorias para o doente. A família, como antes já notado, é afetada em sua totalidade pela doença mental, e sendo a mulher, como examinado, a figura central do cuidar dos doentes, ela está mais susceptível ao uso de calmantes, o que observamos em nossa pesquisa. As desordens internas nas famílias podem tornar-se mais expressivas, visto que a doença mental a afeta, sensibilizando-a. A esse respeito podemos notar o fato de numa mesma família existirem várias pessoas que utilizam calmantes.

Rabelo, Alves e Souza (1999) observaram que no Nordeste de Amaralina o cuidar do doente mental, dentre eles os esquizofrênicos, é uma tarefa reservada ao gênero feminino, em primeiro lugar as mães e, na falta dela, as filhas, na maioria as mais velhas. São essas pessoas que, além de

escolher e fornecer os medicamentos, ficam sem dormir à noite atendendo as necessidades de seus filhos doentes ou preocupadas com seu paradeiro. Os parentes e vizinhos nem sempre ajudam, mostrando que a rede de relações na busca de soluções sobre o cuidar, de forma coletiva, é limitada. Segundo Rabelo, Alves e Souza (1999, p.60), o cuidar acontece em dois principais períodos: inicialmente parentes, vizinhos, irmãos se mobilizam, ajudando, apresentando soluções; mas, com o passar do tempo, a doença se transforma em rotina, ficando restrita aos cuidados das mães. Nesse primeiro momento os vizinhos podem se aproximar e facilitar “um tráfego de recursos simbólicos (conselhos, opiniões, receitas práticas)”, porém, isso pode ser abalado pelas possíveis tensões e conflitos em consequência dos atos do doente.

Silveira (2000 p.77) constatou, em sua pesquisa realizada em Florianópolis-SC, que mulheres ditas nervosas, usuárias de tranqüilizantes benzodiazepínicos, além de procurarem tratamentos baseados na medicina popular (espíritas, benzedores), passaram a ter domínio sobre os medicamentos que tomam, utilizando ao seu bem-querer. Além disso, recorrem aos medicamentos para “socorrer pessoas em situações semelhantes às suas, ou, ainda, manipular o grupo familiar ou a vizinhança, estabelecendo verdadeira rede de tráfico de medicamentos”. O uso de calmantes é visto como ferramenta para silenciar essas mulheres, tidas como um problema para os médicos. O que se mostrou, como em nossa pesquisa, foi a medicalização dos problemas sociais, com base na medicina oficial, inconseqüente com a realidade das usuárias de calmantes. Porém, devemos lembrar que a questão da dependência não foi levantada pela autora, sendo uma das possibilidades o fato de não ter o idoso como prioridade de sua pesquisa.

Para Rosa (2003), apesar de na família brasileira terem ocorrido mudanças devido à urbanização e à modernização da sociedade que, conseqüentemente, alteraram o papel da mulher, prevaleceu sua função, na família, de cuidadora de doentes. O fato de a mulher participar com mais intensidade no mercado de trabalho, de ter aumento do ônus de seu trabalho

doméstico e o aumento do número de famílias monoparentais, chefiadas por mulheres, contribuíram para que a mulher ficasse sobrecarregada. Porém, segundo a autora, a função de cuidar é variável, pois está submetida a mudanças socioeconômicas. Assim, para Rosa (2003) será, geralmente, a mulher quem cuidará dos portadores de doença mental. A autora constatou, em Teresina-PI, diversas atitudes e dificuldades relativas ao manejo de medicamentos dados aos portadores de doença mental (na maioria pacientes esquizofrênicos): às vezes, esqueciam de dar o remédio para o doente; dificuldade de traduzir a posologia prescrita pelo médico; o tratamento era baseado na percepção dos sintomas do doente e as dosagens dos medicamentos eram de acordo com a concepção de sua gravidade; indicam para outros membros dos grupos domésticos ou para vizinhos os medicamentos do doente. Além disso, viam no remédio função mágica ou de cura imediata, o que fazia com o tempo desacreditarem no tratamento ou o usarem somente como arma de coesão aos pacientes, pois não tomar o medicamento implica em castigo – a internação. Assim, a interação entre família, profissionais de saúde e doente mental implica na maneira que o medicamento será usado, muitas vezes diversa daquela prescrita pelo médico.

Em nossa pesquisa observamos a dificuldade das usuárias de calmantes, quando conviviam com outras pessoas com doença mental. Porém, o uso de calmantes mostrou significados semelhantes aos encontrados por Rosa (2003). As concepções dadas aos medicamentos são extrapoladas tanto para si quanto para as outras pessoas, como os filhos doentes, vizinhos, parentes. Essas concepções podem promover confusões na escolha e aplicação da terapia, como Rabelo, Alves e Souza (1999, p.64) nos diz que a interferência de “vizinhos na administração da doença, normalmente os responsáveis confundem-se em meio a tantas explicações e sugestões das quais nem sempre podem extrair uma linha coerente de práticas e abordagens de tratamento”.

De acordo com Rabelo, Alves e Souza (1999, p.54), quaisquer significados ligados à doença mental são construções culturais herdadas e

utilizadas em situações de aflição. Isolamento, indisposição, inquietude, desobediência aos pais, falta de higiene são sinais de que a pessoa não está bem. A doença mental é vista como fraqueza moral, “processo de fragilização da família, o que implica empobrecimento e desorganização interna”. Isso foi referido como decorrente de desajustes como as agressões do marido contra a mulher, perda dos laços com a família, perda de pai e conseqüentemente sobrecarga dos trabalhos e mudanças de papéis da mulher. Contudo, a doença mental alcança outros aspectos não ligados à família em sua identidade, sendo vista como algo estritamente orgânico, onde o médico deve localizar a doença através da “chapa” ou do “eletro da cabeça”, daí uma melhor aceitação dos medicamentos como ferramenta para reverter o processo da doença. Podemos perceber em nossas entrevistas a prevalência desses aspectos, a doença tem que ser localizada. O uso de calmante concebido para provocar sono, dormir, pelo nervosismo, pode ser materializado, tornado visível.

Eu acho que a pessoa fica mais calma. Se eu num tomar o nervo incha. Se eu ficar sem tomar o nervo incha. Tipo assim né, se eu passar nervoso, aí se eu tomar depois aí melhora ou eu deito um pouco, um pouquinho. Num estante desaparece (Teodora, 61 anos).

Eu acho que é porque eu sou nervosa, só isso. Mas, ele mesmo fala porque, ele não falou. E até eu acho, que eu tinha que fazer um eletro da cabeça, eu tinha de fazer alguma coisa pra saber por que a gente tá tomando, só que até hoje eu não fiz, e nenhum dos médicos pediu (Eupídia, 64 anos).

Ele me dá pouco de moleza, fico mais calma, sabe. Fico mais quieta. Sem ele eu fico muito revoltada, fico desinquieta, fico nervosa (Ivone, 71 anos).

Essa materialização dos efeitos dos calmantes pode ser vista através de expressões como “expulsa os problemas”, como se, num constante ciclo, se materializasse e tirasse os problemas através do uso dos calmantes, mas não tratando os problemas, apenas retirando-os. Os problemas podem ser confundidos com os efeitos colaterais dos medicamentos, como a dependência, a qual será analisada mais adiante.

Uma vez foi assim, eu senti mal, mas eu tava tão ruim sem calmante, ruim mesmo, aquele mal estar... Aí eu peguei fui no médico, o médico me receitou calmante, ele falou “pode tomar”. Tomei um, limpou tudo, foi a mesma coisa que tirar com a mão, que coisa, né, saiu tudo, aquelas coisas... virei outra (Marli, 61 anos).

Pra mim eu acho até bom sim, porque de repente a gente tá assim com uma angústia, uma coisa dentro da gente assim, então eu acho que ele arranca pra fora, a gente tomando fica bem mais tranqüila, eu acho (Sabrina, 68 anos).

Segundo Rabelo e Alves (1999), a doença mental, estudada no bairro Nordeste de Amaralina, em Salvador, é concebida de duas maneiras particulares: a “doença de médico” e a “doença do espírito”. As doenças do espírito são vistas como uma entidade não localizável, é a “doença do espírito”, a doença que merece tratamento religioso, a doença que o médico não entende. A “doença de médico” é a doença mental que pode ser localizada, a função do médico é localizar em uma região precisa, através de exames, torná-la visível, para que assim possa medicalizá-la. As terapias não são bem aceitas se o médico não torná-la visível. Os familiares sentem também necessidade de novos exames quando têm que mudar a terapia. Em nossa pesquisa não se apresentou divisão da doença entre “espírito” e “matéria”, essa foi diretamente relacionada às preocupações com a família, aos atritos com os filhos, maridos, pais, às dificuldades econômicas, à violência das cidades. Às vezes a localização da doença era levantada como prioridade, porém o porquê do uso dos calmantes é visto como condição conseqüente de suas vidas no cotidiano.

Como já analisado, qualquer outro tratamento fora da medicina oficial não foi enfatizado em nossa pesquisa, diferindo da pesquisa realizada no Nordeste de Amaralina onde se recorre ao tratamento religioso (RABELO; ALVES, 1999).

Nossas entrevistadas mostraram que as práticas médicas estão sob seu domínio, substituindo os tratamentos populares. A esse respeito, Foucault (1997a, p.305), discute a consolidação da medicina no século XVIII como espaço reservado ao saber médico e os atritos desse com os saberes populares de cura, coagindo os donos dos saberes a ficarem na ilegalidade.

[...] é tanto mais difícil acabar com eles quanto a maior parte da prática médica não está nas mãos dos próprios médicos. Ainda existe, ao final do século XVIII, todo um corpus técnico da cura que nem os médicos nem a medicina nunca controlaram, por pertencer totalmente a empíricos fiéis a suas receitas, números e símbolos.

As preocupações com a família, os atritos restritos ao ambiente doméstico e as dificuldades econômicas são destacados pelas entrevistadas como promotores do uso de calmantes. O fato de não dormirem ou de ficarem nervosas são enfatizados em várias passagens sobre o ambiente doméstico e familiar das entrevistadas.

Então, porque o meu filho comprou um caminhão com o meu genro e não deu certo, então o caminhão só quebrava (...). Eu sei que foi a maior tristeza da minha vida. Eu ficava preocupada, a minha nora não aceitava a sociedade. Então, a minha nora não aceitou. Parece que foi tudo pra dar errado. Aí ela falou de acabar com a vida de meu genro, da minha e da minha filha. Sabe quando a pessoa não aceita as coisas e é dessas pessoas turvona. Ela num deixava o meu neto entrar dentro de minha casa. A minha porta aqui, a dela é ali. Eu tenho um neto com 10 anos. Ele também tá com problema (...). O meu marido um dia estourou com ela (...). E foi tudo, foi acumulando e eu fui ficando numa situação difícil. Sabe, filho, né, se fala do filho a gente senti. O filho não aparecia, ficava na roça plantando cana (...). Aí, na outra semana ele precisou ficar internado com cólica de rim. Sabe, parece que foi tudo errado. E as mães ficam sentidas, né, aí eu chorava, num comia (...). Aí, graças a Deus vendeu o caminhão, foi acabando tudo, um dia meu marido conversou (...). Aí agora, graças a Deus tá tudo na Santa Paz. Agora, ela me ajuda, cuidou da mamãe. A minha mãe também faz um ano e quatro meses que ela faleceu (...) (Neusa, 73 anos).

Eu, por exemplo, tenho uma filha e agora eu moro com ela, tenho duas netas, uma de seis e uma de onze. Os dois trabalham e eu que cuido e o meu genro que...briga muito comigo, sabe, eu tô me sentindo assim, eu sou uma pessoa sensível, eu gosto de... Eu gosto de música, eu toco, assim. Eu tava tocando violão, só que a minha cabeça não tá ajudando, e teclado também (...). Eu tive problemas com meu marido também, passava o sábado com marido bêbado, o filho que quase não trabalha, então esses problemas causam uma pessoa ter que tomar, sabe, um remédio pra poder ficar mais calma, pra poder dormir né (...) (Orlinda, 60 anos).

O que eu me dava muito bem era o Stelapar, aí acabou o laboratório dele, num vem mais. Com esse Stelapar eu era outra pessoa, eu tomava conta de duas casas, eu trabalhava. Eu trabalhava numa casa, pegava pensão, eu cuidava de uma mulher na cama que não andava, cuidava de gente, cuidava... Eu era outra pessoa (...) (Ivone, 71 anos).

Segundo Rabelo e Alves (1999), quando os medicamentos são dados por muito tempo, os familiares supõem que não fazem mais efeito, que a doença se “acostumou”. Em nossa pesquisa notamos também que o fato de o corpo se “acostumar” com o calmante é traduzido pelas pacientes como dependência como não poder ficar sem. A dependência em relação aos calmantes é traduzida pelas pacientes como se o corpo tivesse se acostumado com os medicamentos, já não podendo mais ficar sem os mesmos, dentro de um significado de necessidade. Além disso, supõem que, quando o corpo se “acostumar”, é momento de trocar de medicamento, por não fazer mais efeito. Apesar dessa constatação, a análise dos prontuários das pacientes mostra que apenas no prontuário de Marli havia referência clara sobre ser dependente de benzodiazepínicos.

Sabe por que eu tomo há muito tempo? Eu acho que já acostumei, né (...). Eu falo comigo mesma: “puxa, eu me sinto tão bem com esses calmantes, os médicos é tão contra, né, eles deviam receitar pra gente sentir bem, né” (Marli, 61 anos).

E o Diazepam também, a mesma coisa, pra tomar os dois juntos à noite e eu não durmo, tem noite que eu não durmo e se eu ficar sem então eu fico doida, não sei se o corpo já acostumei com isso, sabe, eu fico andando em casa (...) (Zilda, 60 anos).

Acho que eu ouvia falar no remédio, que eu fico dependente do remédio, que eu já acostumei com o diazepam (Leopolda, 78 anos).

Acostumar pode ser concebido como perda da capacidade do medicamento gerar efeito sobre o organismo, num tornar-se tolerante ao calmante.

Os que uso atualmente é o Tryptanol e o Diazepam. Eu tomava outros, mas trocou pra Diazepam, né. Porque num tava fazendo mais efeito, o organismo tinha acostumado com, com o Lorax, já era acostumado. Então, mudou pro Diazepam. Tomei também Dalmadorm, mas ele num tava fazendo efeito, aí trocou, passou pro Diazepam se não eu num durmo, né, então eu tenho que tomar Diazepam (Claudete, 61 anos).

4.10 Família, disciplina e consumo de calmantes

Scazufca (1990), em estudo realizado com pacientes psiquiátricos ambulatoriais, na cidade de São Paulo, constatou que as representações sobre os calmantes são geradas pela relação social entre seus consumidores com a estrutura social, em um espaço simbólico, sendo gerador de especificidade ou particularidades de seus consumidores, isto é, na concepção dada aos calmantes, as quais são ignoradas ou negadas pela psiquiatria e, principalmente, na clínica médica, por prescreverem ainda mais esses medicamentos. Assim, a interação entre o medicamento e seus consumidores produz modos particulares de seu uso, modos não observados pelos médicos psiquiatras. Isso foi notado em nossa pesquisa, que mostra que o uso de calmante está inserido no contexto social em que suas consumidoras estão envolvidas. Scazufca (1990) entrevistou homens e mulheres não idosos de origem rural, classe social baixa, pouca escolaridade e usando o calmante há mais de dois anos. Esses pacientes já usavam o calmante antes de iniciar o tratamento psiquiátrico, através da automedicação.

De acordo com Scazufca (1990), além de os benzodiazepínicos serem encontrados em várias dosagens, são empregados altos investimentos financeiros nas estratégias de *marketing*, como nomes dos medicamentos, a idéia de que trazem alívio total para os sintomas de origem emocional e que produzem mudanças duradouras e sem efeitos adversos. E a propaganda de psicofármacos faz uso dos desajustes sociais existentes nas cidades para justificar seu uso, dizendo que a medicação pode aliviar a ansiedade que as grandes cidades podem gerar no paciente. Assim, os problemas sociais, a violência urbana, a vida estressante existentes nas cidades, as perturbações produzidas pelas desigualdades sociais favorecem o uso de psicofármacos e os lucros de seus fabricantes. Segundo Scazufca (1990), o fato de conceberem os psicofármacos como a terapia de maior impacto sobre os sintomas e aumento da possibilidade de voltar ao trabalho, de acordo com suas necessidades de sobrevivência, faz com que sejam

mais prescritos. Os pacientes se mostraram, segundo Scazufca (1990), resistentes a mudarem de medicamento, por tomarem as mesmas medicações nos mesmos horários, nas mesmas dosagens.

Diferentemente dos resultados obtidos por Scazufca (1990) é mostrado, em nossa pesquisa, que os efeitos dos medicamentos soaram mais alto, que os desajustes sociais decorrentes e os atritos internos na família destacam-se. Para elas, a terapia medicamentosa não é uma solução em si para voltarem ao trabalho, mas sim para suportá-lo, controlar-se ou sintonizar-se com ele. Os horários nem sempre são seguidos, são as pressões do dia-a-dia que ditarão quando, quantos e qual medicamento será utilizado, é o cansaço do marido, os atritos com os filhos ou marido, a morte de uma pessoa amiga, o desemprego de um filho, a lembrança do passado.

Outra coisa também que eu não sei se é dos calmantes; quando eu tenho que sair pra receber, pagar uma conta, comprar alguma coisa também eu durmo, mas durmo pouco, fico acordando: “Será que eu perdi a hora, será que eu perdi a hora?” São essas preocupações assim, que eu acho que eu sou um pouquinho mesmo agitadinha. Acho que eu fui muito trabalhadeira, trabalhei trinta anos, desde menina em roça, casei trabalhando, continuei trabalhando, então eu sou muito mandona, sou muito administradora, gosto de dar ordem, gosto das coisas muito certas, então acho que eu sou agitada, assim... (Esmeralda, 68 anos).

Desse modo, o motivo do uso se relaciona a uma vida disciplinar, podendo essa não estar condizente com a idade, exigindo vigor, destreza, rapidez. As pessoas entrevistadas mostraram estar buscando, nos calmantes, auxílio para suportar as discriminações e estilos de vida impostos pela sociedade, mas, por vezes, dificultados para as pessoas idosas por certos problemas de saúde. Isso quer dizer que a sociedade prega ritmos de trabalho, horário, sono regulado, entre outros, que muitas pessoas idosas têm dificuldades em seguir. Por serem mulheres trabalhadoras domésticas ou donas de casa, tal disciplina exige uso de calmantes e está ligada ao trabalho interno do lar: cuidar dos filhos, arrumar a casa, etc. Como a maioria das entrevistadas são aposentadas, isso contribui para que suas atividades se retenham ao ambiente doméstico. Contudo, é bom lembrar que

o trabalho informal entre as mulheres é alto, sendo muitas delas lavadeiras, cozinheiras, empregadas domésticas, fazendo com que, além de cuidar de suas casas, tenham de cuidar das casas dos outros.

Tenho certeza que sem os calmantes podem me internar. Porque agora eu trabalho, eu faço comida, certinho, cozinho pra muita gente. Eu lavo louça, eu tenho a casa muito bem cuidada. Eu gosto muito de flores, de limpeza, da casa muito limpa e muito bem arrumada. A minha casa é pobre, uma casa velha, mas o senhor entra lá dentro, dá gosto de entrar. Limpinha, arrumadinha, assim é que eu gosto (...) (Ivone, 71 anos).

Ajuda, ajuda, se tirar ele (o calmante) eu num sou gente. Eu num faço comida, eu num arrumo casa, eu num lavo roupa, eu num sou ninguém (Ivone, 71 anos).

Ajuda, eu faço tudo em casa, eu acho que me ajuda (o calmante), eu faço tudo, não tenho preguiça de fazer as coisas (Sabrina, 68 anos).

Ah, sei lá, eu não consigo mais trabalhar, bem que eu queria trabalhar pra ganhar mais do que um salário né, mas se eu vou limpar meu quarto eu começo a varrer eu paro um pouco, eu vou passar pano eu passo um pouco ou sento na cama ou deito no sofá ou deito na cama e depois eu continuo outra vez. Mas sem ele (o calmante) eu fico pior aí eu não faço nada (Zilda, 60 anos).

Sempre tomando, sempre. Eu tenho medo de parar, vichi, de ficar uma pessoa indisposta, eu sou muito disposta... não sei se o senhor já notou, pois é, eu sou muito disposta (...) só precisa de muito pouco, só quando eu não tô boa aí... do contrário eu levo a minha vidinha (Leopolda, 78 anos).

Agora, o Diazepam não é sempre que o tomo. Só às vezes algum dia, às vezes a gente tá um pouco assim preocupada com alguma coisa. Se eu deitar um pouquinho mais tarde eu perco sono. Mas, é difícil porque eu já tenho o meu horário de dormir eu não fico assim. Não vou muito em festa. Então, eu já tenho horário de dormir, então é difícil eu precisar do Diazepam (Neusa, 73 anos).

O calmante eu tomo ele, como é que faz muito tempo que tomo ele, eu tomo já de noite, quando é 4 horas tô acordada. Acostumei acordar 4 horas porque meu filho corta cana e agora ele já vai começar a trabalhar. Aí, eu num durmo mais. Mas, depois do almoço eu deito um pouco, acaba passando por sono. (Constância, 60 anos)

Só dá sono e acalma a gente e pronto... Dá sono e eu fico mais calma. Eu faço o meu serviço em casa, faço sozinha (Constância, 60 anos).

Eu acho que a gente fica mais é doente. Com calmante eu fico tão boa. Nossa! Eu tenho vontade de fazer tudo na minha vida, sair, passear, voltar e pronto. Tomar um banho e dormir. No outro dia eu levanto, a minha casa

fica até brilhando, limpo tudo, asseio tudo. Pra você ver, cada um tem um modo, tem uns que tomam calmante e ficam quietos ali, né (Marli, 61 anos).

Ele falou assim que era pra acalmar um pouco, eu era muito nervosa, agitada demais. Eu levantava 4 horas da manhã, aí eu num parava de trabalhar, era o dia todo. Era muito agitada, nervosa. Ele falou assim que o calmante ia ajudar amenizar um pouco, assim, acalmar um pouco. Aí num ia ter aquele problema mais, o que eu tinha, tinha até tremedeira de tanto nervoso. Nossa Senhora, família (Teodora, 61 anos).

O uso do calmante é concebido como um medicamento para pessoas idosas. Assim, por tal concepção, o uso nessa idade é “naturalizado”. É o medicamento do sossego, da tranqüilidade. Pode-se observar que a velhice é vista como algo perturbador. O calmante pode controlar as ações e orientar os afazeres, principalmente os domésticos, que é o caso das pessoas entrevistadas.

O médico é contrário que tomo calmante. Mas, sabe, porque a pessoa que vai chegando os seus 59, 60 anos, então, a pessoa sempre precisa de calmante pra tranqüilizar, dormir sossegada, a cabeça fica mais... . Eu não posso ficar sem calmante. (...). Eu tomando calmante eu fico tão boa, mas o senhor não me conhece, o tanto que eu fico, parece que eu fico feito bobo de ver, num instantinho eu faço minhas coisas, faço tudo direitinho, vou pagar o que tenho que pagar, volto... Mas, já fiquei sem calmante, pronto, acabou, não consigo, é tanta bobagem. Olha se pode (Marli, 61 anos).

Assim, existe uma história do uso dos medicamentos, um caminho composto por medicamentos, onde a pessoa através do tempo adquire conhecimentos e concepções que se acentuam com o passar dos anos. O tempo possui, em relação aos calmantes, vários aspectos relevantes. Enquanto um dos fatores de uso, segundo as entrevistadas, é o uso devido a preocupações com horários, tempo de fazer seus trabalhos domésticos, seu uso prolongado produz diversos efeitos colaterais como dependência, tolerância, esquecimento, quedas. Além disso, com o envelhecimento aumenta a sensibilidade aos calmantes. O uso prolongado pode assim passar de uma terapia medicamentosa em busca de melhoria do estado de saúde para a manutenção dos efeitos nocivos do medicamento provocados por seu uso constante, como a dependência.

É Valium que eu tomava...Lorax primeiro, depois eu passei a tomar o Valium. Agora, fazem dois anos que eu fui internada novamente, vai e volta, vai e volta, fica lá durante o dia e volta e aí me tiraram o Valium que fazia uns 15, 20 anos que eu tomava, tomando, assim, por minha conta mesma, sabe né. Eu tomava, aí tiraram porque eu tomava o Rivotril. Agora, fazem dois anos e tô me sentindo melhor um pouquinho, né. Então, são esses aí que eu tomo, mais eu fiquei na base desses que eu sei que eu tava tomando. Agora, quando eu internava eu não sei o que eu tava tomando (Orlinda, 60 anos).

De acordo com Hulse (2002), o benzodiazepínico mais utilizado, o diazepam, possui longa atuação, acumulando e produzindo uma sedação residual, fazendo com que as funções cognitivas do paciente sejam afetadas, propiciando maior número de quedas, acidentes, perda da memória⁷. Assim, Ivone nos mostra alguns desses possíveis efeitos dos calmantes.

Eu sou só meio esquecida, às vezes eu vou na geladeira buscar uma coisa, eu fico lá esperando, esperando, pensando o que eu fui buscar e não sei. Se eu sair daqui pra ir embora eu num vou na minha casa, me perco. Um quarteirão da minha casa eu perco. Preciso do meu marido tá comigo (...). Eu num sei, eu num sei porque eu ando... Atrapalho a cabeça, eu num sei aonde que eu tô. Eu caio muito, sozinha, às vezes, andando eu caio sozinha (Ivone, 71 anos).

Além das questões sociais, o uso do medicamento ocorre em decorrência dos sintomas sentidos pelas pacientes, como o tremor de Teodora por estar nervosa, contribuindo, assim, para o consumo do calmante. A esse respeito podemos concordar com Rabelo e Alves (1999), que apontam o envolvimento da concepção de ser nervoso em três núdulos básicos: relacionado à agressividade, às pessoas que facilmente brigam e propícias às agressões física e verbal; agitação e impaciência, são as pessoas inquietas, que riem ou choram em excesso ou tremem o corpo, são preocupadas com os problemas do cotidiano; isolamento, as pessoas que se trancam ou evitam os outros. Os calmantes podem ser consumidos de

⁷ Gorenstein et al. (1993) observaram que o uso crônico de benzodiazepínicos pode provocar perda das funções cognitivas e psicomotoras. Andreatini, Bueno e Oliveira (1993), perda de memória com seu uso crônico.

acordo com esses conceitos de nervoso, pela auto-avaliação de seus usuários, favorecendo o não seguimento das prescrições médicas.

É como eu te falo, quando... não é que eu tomo sempre, eu só tomo se eu tiver muito agitada ou passando nervoso, aí eu tomo né, mas não tomo todo dia não, tem vez que eu tomo quando eu fico muito agitada, ele sabe que eu tomo desse jeito, ele que mandou (Sabrina, 68 anos).

Problema de nervo, né, problema de nervo. Aí, tem que tomar calmante também. É o nervoso que dá, né (Caetana, 86 anos).

Sem Diazepam eu fico agressiva, eu quebro tudo. Faço desordem, quero até matar. Se me contrariar ou me fazer ficar nervosa, eu sou agressiva. Eu já dei uma facada no meu marido. Nesse que moro com ele. Mandeí pra matar mesmo. Ele foi me xingando, xingando, eu falei “cala a boca, cala a boca” (...). Quando ele entrou, eu dei a punhalada nele (...). Agora, com o Diazepam e com esse remédio eu tô mais controlada (Ivone, 71 anos).

Já, teve um dia que eu tava muito nervosa que eu tinha brigado com a minha filha, ela me xingou e eu tomei dois Diazepam e dois do outro, eu dormi um dia e uma noite, uma noite e um dia né (Zilda, 60 anos).

Ah, já aconteceu, às vezes já teve dia que tava muito triste. Muito triste. Tomei até três dele, três Diazepam de uma vez. Pra dormir mesmo. Pra dormir, esquecer que eu existia. Já fiz isso (Eupídia, 64 anos).

De acordo com a pesquisa de Scazufca (1990), a doença é considerada como algo a ser consertado pelo médico. Quando o médico é incapaz, é desacreditado e criticado, fazendo com que suas opiniões sejam desconsideradas. O psiquiatra é muitas vezes visto apenas como uma ferramenta para prescrever medicamentos, de preferência aquele que o paciente deseja. “O bom médico é atencioso, conversa, pede exames, cura, resolve os problemas e, principalmente, prescreve o calmante” (SCAZUFCA, 1990, p.130). A doença mental é vista como algo isolado, externo à vida, e sem fazer parte da história de suas vidas, o calmante é apenas uma arma para diminuir a dor e o sofrimento naquele momento. Observamos semelhança em nossa pesquisa com relação a isso, sendo o calmante visto como ferramenta para amenizar o sofrimento ou os sintomas de certo momento. Porém, o que ocorre é um aumento do uso, da dosagem na ocorrência de fatos que intensificam o sofrimento, assim, seu uso momentâneo é decorrente desses fatos, mas o uso contínuo é visto como conseqüente do sofrimento histórico.

Na pesquisa de Scazufca (1990), os calmantes benzodiazepínicos foram utilizados com as seguintes justificativas: a de ter efeito rápido e seguro (efeito mágico) com a função de controlador, uma defesa química para que se sintam “senhor de si mesmo”; mecanismo de auxílio para fugir da ansiedade, das dúvidas e incertezas; como uma “faca de dois gumes”, que pode tanto fazer o bem como fazer o mal; utilizados para regular o empobrecimento afetivo relacionado à família, as preocupações com os filhos, marido e trabalho, as dificuldades socioeconômicas, a um passado considerado sofrido. Assim, a doença mental é vista como algo que acontece fora do organismo, chorar e desabafar é um bom remédio.

Segundo Oliveira e Fraga (2002)⁸, existe a prática da renovação da receita antiga, onde os pacientes não consultam, mas só buscam a receita, visto que o paciente somente diz porquê veio e volta com a receita na mão. Assim, o cotidiano mostrou-se fortemente relacionado com a falta de remédio, das aparentes ou verdadeiras melhoras que pode trazer, suprimindo suas carências. O Diazepam funciona aqui como um paliativo, causando um bem-estar temporário, na busca imediata do alívio. Sua superficialidade é fortalecida por não resolver, não curar os problemas sociais, atingindo superficialmente os sintomas.

Podemos observar, também, em nossa pesquisa que os tratamentos visavam alívio imediato dos sintomas. Segundo algumas pacientes, o fato de sentir-se bem era uma das justificativas do médico para que ela continuasse o tratamento com os calmantes.

Ah, o primeiro médico receitava, sabe, os conselhos que me dava, o primeiro médico, o Dr. Leôncio, ele falou assim pra mim: “Você se sente bem com os calmantes?”. Eu falei que sinto sim, então ele falou: “Então toma, toma, toma pra dormir, fica tranqüila, esquece tudo essas besteiras, essas tristezas na cabeça e vai tocando a vida, se você se sente com ele toma sim”. Ele dava conselho pra mim tomar. Eu sentia bem (...)... às vezes ele dava uma receita pra aquele mês, noutro mês já até deixava dentro da

⁸ Trabalho realizado no Município de Sobral-CE, em 1998, onde entrevistaram mulheres consumidoras de Diazepam, na faixa etária de 45 a 60 anos, de classe baixa, de situação econômica precária, primeiro grau incompleto e analfabetas, com uma prole de quatro a oito filhos, ocupações desenvolvidas no lar ou instáveis como lavadeiras, vendedoras de frutas e merendeiras.

minha bolsa, pra mim não precisar ir lá muito, né. Porque eu pegava noutro médico também, tem aquele médico certo lá, sabe (...) (Marli, 61 anos).

Eu acho que é bom, só que como a médica falava de primeiro, a pessoa fica dependente, mas é, falava assim, fica dependente, mas se antes de ficar dependente do que a pessoa ficar sentindo as coisas, né (...) (Teodora, 61 anos).

Também observamos, como Oliveira e Fraga (2002), o uso de calmantes decorrente da posição na estrutura social. Dessa forma, podemos afirmar que as condições socioeconômicas induzem o uso de calmantes. Nesse contexto, Oliveira e Fraga (2002, p.154) dizem que as “mulheres demonstraram que as carências estão diretamente ligadas à classe social que ocupam. Carecem de coisas como: emprego, comida e, por extensão, roupa, moradia adequada e educação”. Desse modo, o calmante é visto como forma de diminuir, amenizar o sofrimento causado pelas necessidades socioeconômicas.

Para Oliveira e Fraga (2002), as desigualdades de gênero somam-se às socioeconômicas e étnicas, visto que as mulheres constituem o maior contingente de pessoas desempregadas ou com trabalho sem carteira assinada. Além disso, as autoras dizem que, com o passar do tempo, a dependência parece juntar-se a esses fatores, gerando serviços de saúde contraditórios, pois passam a produzir o adoecimento através de sua prática iatrogênica, por não conseguirem lidar adequadamente com as carências sociais.

Sendo assim, como também demonstra nossa pesquisa, as “mulheres buscam o serviço de saúde com um problema, que muitas vezes é predominantemente social, e saem com outro, a dependência do Diazepam” (OLIVEIRA; FRAGA, 2002, p.157), o que se incorpora ao dia-a-dia dessas mulheres, como um alimento para diminuir a dor e o sofrimento. No entanto, em nossa pesquisa, a dependência aos calmantes aparece como ameaça e podemos relaciona-la à idade de nossas entrevistadas. Por estarem há muito tempo consumindo calmantes, passam a conhecer os efeitos desses, induzindo a automedicação ou seu não uso.

As dosagens utilizadas podem ser variadas, não se restringindo às formas convencionais de apresentação dos medicamentos. Mostramos aqui também que os pacientes, em relação aos medicamentos, têm autonomia sobre o que, quanto e quando tomar.

Uns 15 anos atrás eu parei por minha conta, não era com o Dr. Menevaldo não. Eu parei por minha conta, foi ele que me consultou desse dia pra cá, o médico que me consultou falou pra mim não parar com o remédio por minha conta sem ordem médica de jeito nenhum (...). Quando de repente, dava outra vez, eu ficava daquele jeito de novo, nervosa né (...). Aí eu fui partindo de um comprimido de 10mg foi pra cinco, depois de 5mg eu parti em 4 partes (Teodora, 61 anos).

Não, não aumentei. Algumas vezes sim. Porque eu tava muito agitada, né. Muito triste, muito contrariada, aí eu aumentei a dose, por minha conta mesmo (Eupídia, 64 anos).

Ah, eu vejo que eu não estou bem, aí eu tomo (Orinalva, 62 anos).

O médico põe tudo lá: pam, pam, pam, ela põe tudo lá, põe tudo na boca e joga água por cima. Eu não sou dessas, se eu vejo que eu tô melhor um pouco eu passo a tomar menos, se eu ficar sem eu pioro (...). Eu já fiz, eu fiquei sem usar acho que um ano por minha conta, eu não fui mais ao médico, aí eu comecei querer desmaiar, eu me perdia na rua... (Zilda, 60 anos).

A paciente supõe que o corpo precisa descansar do uso contínuo do medicamento.

Às vezes eu dou uma parada, penso assim, dá uma parada pra descansar um pouco dos remédios, pra vê se eu consigo ficar sem depender dos remédios. Eu paro, paro de tomar penso assim: “diminuir, num paro, diminui, né, a quantidade que toma, diminui”. Aí eu passo uns dias assim, aí começo de novo (...) (Claudete, 61 anos).

O uso dos calmantes pode se tornar uma ameaça para as pacientes quando se vêem dependentes, sem completo controle sobre seu uso. Ocorre a perda da autonomia porque não é mais apenas um objeto para servir às pressões da vida cotidiana, aos efeitos imediatos de dormir, esquecer das questões que afligem a vida das entrevistadas. O consumo torna-se então orientado pela necessidade gerada pela própria ação dos calmantes, sua dependência.

Sabe, eu acho assim, eu acho que eu nunca deveria ter começado tomar(...). Eu acho que eu nunca deveria ter começado, agora eu tô num caminho acho que sem volta porque eu acho que eu não consigo parar. Então eu acho só isso. (...). Eu acho que eu vou ficar muito ruim, muito mal se eu não tomar. Muito mal, desesperada e... eu acho que eu vou ficar mal. Agora, uma coisa que eu queria saber é se eu não ia ficar mesmo mal não, porque eu queria parar...É, mas eu tenho medo de ficar mal, ser preciso internar, sabe? Como pessoas que usam drogas pra poder parar e tem que internar, passam mal. Eu acho que isso que vai acontecer comigo se eu for ter que parar. (Orlinda, 60 anos)

Os medicamentos podem cansar o organismo, necessitando portanto interromper seu uso, devendo-se dar um “tempo” para o corpo. Nem sempre a continuidade do consumo é aceita, a dependência pode ser vista como um cansaço e algo indesejado.

Às vezes eu dou uma parada, penso assim: dá uma parada pra descansar um pouco dos remédios, pra vê se eu consigo ficar sem depender dos remédios. Eu paro, paro de tomar, penso assim: “Diminuir, num paro, diminui, né, a quantidade que toma, diminui”. Aí eu passo uns dias assim, aí começo de novo (...) (Claudete, 61 anos).

A dependência normalmente é vista como ameaça. Para esta paciente, o uso contínuo de qualquer medicamento pode provocar dependência, sendo um dos motivos de não consumi-los diariamente por muito tempo, transformando, desse modo, a dependência em simples necessidade. Tal concepção é também adquirida através de comparações com outros medicamentos de uso contínuo.

Não. Ainda não, porque às vezes eu fico, também, sem tomar. Eu num... Porque a pessoa dependente num consegue ficar sem ele, eu consigo (...). Porque se a gente vai tomando um remédio igual esse remédio do diabete, né, como a gente tem que tomar todo dia, a gente vai ficando dependente dele (...). Já fiquei um mês sem tomar pra vê, pra mim não ser dependente dele. Porque o Diazepam, se a gente for mesmo tomar direto a gente passa a ser dependente. Eu já fui uma vez, tem 20 anos atrás, eu fui muito dependente do Gardenal, então eu tomei ele cinco anos sem falhar um dia. Se eu falhasse algum dia, se eu passasse até do horário de tomar, eu achava que precisava tomar. Então, eu, remédio nenhum mais vai fazer eu depender. Dependendo não. Preciso, né. Mas num dependo (Eupídia, 64 anos).

Aliás, nenhum médico falou pra mim parar, quem tá insistindo pra mim parar é o Dr. Albrando. Nenhum médico mandou eu parar, eu parei por conta própria, diminuí por conta própria (...). Aí fiquei dependente. Depois eu mesmo fui tirando, eu mesmo resolvi tirar, tomava meio comprimido, 1/4 já faz tempo (...). Eu tomei meio porque eu pensei assim: “não, gente, eu preciso me libertar de calmante, eu não posso ficar a vida inteira tomando esse calmante” (...). Ficar sem como eu já tentei várias vezes eu fico com aquela sensação ruim, parece que eu tirei o óculos e tô andando no ar, assim, sabe. Quando eu fico sem óculos eu fico ruim também assim. Então fico assim, no ar, andando no ar. Assim, eu não tô bem em lugar nenhum, eu vou pegar uma coisa, parece que aquilo que não quero, sabe. Fica assim, uma coisa que não dá pra explicar (...) eu falei com o Dr. Albrando uma vez (...). Se ele podia substituir por outro, que não causasse dependência. A hora que eu tivesse melhor eu num precisasse usar, o dia que eu não quisesse tomar eu não tomava. Assim, hoje eu tô melhor, então eu não vou tomar (...) (Beatriz, 62 anos).

De acordo com as pessoas entrevistadas, são elas mesmas quem decidem quando tomar, quando parar e o motivo de estarem tomando os calmantes. Suas avaliações são primordiais para o seguimento do tratamento. Muitos sintomas podem se confundir com efeitos relacionados à dependência aos calmantes benzodiazepínicos. Como existe essa autonomia sobre o tratamento, as pessoas entrevistadas podem confundir as problemáticas em que suas vidas estão inseridas, envolvendo questões sociais, econômicas e culturais, com os efeitos colaterais provocados pelos calmantes benzodiazepínicos. Além disso, pode ocorrer sinergismo entre esses.

O uso prolongado do medicamento pode causar malefícios, e essa consciência ou concepção faz com que assumam certas atitudes sobre o uso de calmantes, que podem se agravar com a velhice, adquiridas através de redes de comunicações. A própria velhice pode induzir a particularidades no uso de medicamentos, contribuindo também para a dependência, a qual é vista como falta de autonomia pelos pacientes, como desistência em controlar a maneira de usar os calmantes.

Eu já consegui, eu já experimentei trocar, mas num valeu nada não, num consegui tomar outro calmante. Faz muito tempo. Naquela noite que experimentei, eu num dormi a noite inteirinha. Se não for Lorax eu num durmo. Foi o médico que receitou (Caetana, 86 anos).

E como indicativo de dependência, a falta dos calmantes é relatada por diversos sintomas como o tremor, insônia, mal-estar.

Ah, faz muito tempo, o Lorax faz muito tempo. Um dia eu fiquei sem tomar ele, noutro dia eu senti uma coisa muita ruim, sabe, uma tremedeira, uma batedeira, uma coisa ruim, acho que era falta dele. Ah, não eu vou ficar com isso, aí parei com ele. Acho que o Diazepam, acho que num dá essas coisas ruim se a gente parar, num é? (Verônica, 64 anos).

Pra mim, por exemplo, me faz muito bem porque sem eles eu não durmo mesmo, não adianta eu mentir pra ninguém, porque nós já testamos, e não é fácil, eu preciso mesmo, dependendo deles pra dormir (Esmeralda, 68 anos).

Pra mim foi bom. O Diazepam que tô tomando muito, num posso ficar sem ele. Já tentei ficar sem ele uma semana, quinze dias, num agüentei. Aí, num durmo, fico a noite inteira falando, então, eu tenho que tomar o remédio (Constância, 60 anos).

Ah, eu acho que eu sou porque se eu fico sem o remédio parece que eu não vou dormir, então eu acho que eu fiquei dependente do Diazepam (...). Já aconteceu. Sabe como que é, a gente anda pra cá, vai pro sofá, fica sem dormir, aí a gente não pode ficar sem... a gente fica com o corpo ruim (Leopolda, 78 anos).

É, foi de ouvir gente falar assim, de conversar com as pessoas: “Ah, eu faço tratamento, faço tratamento e tomo Diazepam”. Mas eu achava que era... que fosse coisa ruim, entende né, o Diazepam, mas eu acho que eu não consigo ficar mais sem esse remédio não (...). Ah, eu acho. Falar (informar): “Olha se a senhora tomar muito isso aqui vai dar não sei o que, vai complicar não sei o que”. Aí já fica sabendo, isso aqui já complicou tudo a minha vida (Zilda, 60 anos).

Observamos, assim, que o consumo de calmantes interage com as questões sociais, pelas exigências de um corpo disciplinado e controlado. Os conhecimentos e concepções sobre os calmantes são construídos pela rede de relações envolvidas pelas pessoas próximas aos usuários de calmantes. Esta proximidade faz com que o uso de calmante seja difundido de acordo com as concepções dos consumidores.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos com esta dissertação compreender as concepções dadas aos calmantes benzodiazepínicos e como estão interligados à sociedade. Analisamos portanto como as concepções sofreram variações de significados, representadas de acordo com a vida sociocultural de nossas entrevistadas, ditando assim a maneira como utilizam os calmantes, diferentemente daquela proposta pela medicina. E buscamos, a partir desse estudo, proporcionar a pacientes e profissionais de saúde, que prescrevem esses medicamentos, melhor orientação relativa a seu consumo.

Entendemos que estudos como este possibilitam melhores informações sobre medicamentos, quando dirigidas de acordo com o contexto cultural e social dos indivíduos e sejam mais apropriadas a seu uso coerente, ou seja, sejam mais bem compreendidas por seus usuários. Além disso, foi-nos possível analisar como os profissionais dos serviços de saúde estão valorizando os aspectos sociais e culturais dos pacientes.

Verificamos, deste modo, que o meio social não está alheio ao uso de medicamentos. As concepções dadas aos medicamentos são moldadas pelo contexto social em que o paciente está inserido, pelas condições socioeconômicas e culturais.

Analisar a relação entre o popular e o científico envolvidos pelos conceitos de gênero e envelhecimento, nos possibilitou visualizar uma realidade sobre medicamento, construída no meio social, que faz com que sua maneira de consumo seja particularizada.

Assim, a problematização e a interligação de gênero, envelhecimento e consumo de calmantes como construções sociais nos levaram a interagir diversos campos do saber, possibilitando, a partir de então, a união do científico e suas diferentes áreas com o popular. E desta interação partiu a observação e o entendimento de que o medicamento seja visto, de acordo com as falas de nossas entrevistadas, como algo particular.

Visto que os calmantes foram primariamente utilizados bem antes dos sessenta anos de idade, verificamos também que a história de vida de cada uma das entrevistadas contribuiu mais que a idade para o início do consumo destes medicamentos, tendo como motivo às dificuldades relacionadas ao

papel das entrevistadas como mulher, mãe, esposa, trabalhadora. Essas dificuldades fizeram com que suas vidas fossem particularmente marcadas e produzissem concepções sobre os calmantes.

No entanto, o uso de calmantes está intrinsecamente relacionado ao tempo como construtor do envelhecimento, visto que algumas doenças características do envelhecer proporcionam maior consumo de medicamentos e conhecimento sobre os mesmos, quanto a seus modos de uso ou a seus efeitos colaterais, como a dependência.

A medicina, que buscou sua hegemonia através da ordem médica e da linguagem científica, se depara com uma sociedade que responde através de construções de realidade diferentes daquelas impostas. O uso de calmantes foi representado pelas relações sociais entre parentes, amigos, vizinhos, entre outros, através de um processo comunicativo, dando um significado diferente do imposto pela medicina oficial, superando-a. Os medicamentos, ao penetrarem no meio social através da prescrição médica, têm seus modos de uso modificados e adaptados à realidade sociocultural.

Quando partimos da medicina oficial em direção aos pacientes, observamos que os problemas sociais são medicalizados pela psiquiatria (a biologização do social), mas quando o medicamento é inserido na sociedade, ele é utilizado de acordo com as concepções de seus usuários (o biológico é re-transformado em social). Este processo dinâmico faz com que o social e o biológico, o científico e o popular, se interliguem. Desse modo, o paciente, dando novos significados, utiliza expressões e termos científicos de acordo com o contexto sociocultural em que está inserido.

Os calmantes foram utilizados como mecanismo mantenedor da disciplina sobre o corpo, exigida pela sociedade. E a medicina oficial contribui para a modulação do corpo, fazendo com que o medicamento controle movimentos e atitudes do corpo de acordo com as necessidades socioeconômicas impostas. O corpo indisciplinado, o doente mental que antes era encarcerado, é hoje controlado pelo medicamento: o social controlado pela medicina oficial.

As representações sociais sobre o medicamento, construídas através das relações sociais, inseridas estas na vida cotidiana, transpõem a relação médico-paciente para a relação paciente e sociedade.

As mulheres entrevistadas mostraram que o saber médico é questionado através das concepções dadas aos medicamentos. Este questionamento não se mostrou direto; elas supunham possuir autonomia sobre o medicamento, modificando e não se restringindo à prescrição médica, no entanto havia um medo de contestar o conhecimento da medicina oficial. Não são as prescrições que ditam o modo de usar os calmantes, mas suas concepções. O horário, o tempo de uso, a quantidade de comprimidos prescritos pelo médico é, com o tempo, substituída pelo saber das pacientes, sobre seus sintomas, os efeitos dos medicamentos no corpo, aprendizado este adquirido através do tempo, da vida das pacientes, pela interação com outras pessoas que também utilizam os calmantes. Desse modo, acontece uma interação entre os saberes populares e científicos, que irá nortear a relação da paciente com o medicamento.

Constatamos a existência de uma sociedade que deseja adaptar o corpo às necessidades sociais. Isso faz com que haja um processo dinâmico de freqüente mudança baseada em uma constante ansiedade. A execução de tarefas, o desejo de um dia melhor, de esquecer o passado, de transgredir-se, ir além de seus limites faz com que o envelhecimento seja medicalizado pela medicina e pela própria sociedade, na ânsia destas mulheres de continuarem a se sentir úteis na atual sociedade.

Os calmantes estão envolvidos pelo modo como a sociedade está constituída. Tanto em sua comercialização em drogarias como em sua distribuição pelo sistema público de saúde, não observamos a efetividade das informações. No primeiro caso, ficam restritas a uma relação comercial e no segundo, dificultadas devido a um serviço sobrecarregado e tumultuado. No entanto, devemos considerar que não podemos reduzir a desinformação dos usuários de medicamentos e o papel destes serviços de saúde a estas questões, que devem portanto ser melhor investigadas. Isso se torna ainda mais preocupante com pacientes idosos (por exemplo, devido à dificuldade

de lerem bulas por terem uma letra muito pequena) ou com pessoas de pouca escolaridade, por não conseguirem compreender termos escritos nas receitas e bulas.

Devemos nos questionar sobre a imposição do conhecimento científico à vida cotidiana, pois pode negligenciar e anular outros saberes, importantes para a realidade social, ou imbutidos nela, e sobre como respeitar as diferenças existentes na sociedade e nos diversos campos do saber.

O uso de calmantes está caracterizado por construções sociais e culturais, acompanhando as mudanças sociais, de acordo com a posição de cada um na esfera social. Desse modo, o gênero, a idade, as condições socioeconômicas e os valores culturais ordenam o uso de medicamentos e, assim, para que o seu uso seja uma terapia que melhore a saúde da população, devemos analisar e conhecer as condições onde ele está sendo inserido, pois seu não conhecimento traduz-se em problemática: o medicamento, cuja função é de melhorar a saúde, acaba produzindo doenças.

Quando se trata de calmantes isso é intensificado, pois funciona como silenciador das questões sociais, das respostas que seus consumidores têm para a resolução de seus problemas. A medicalização desses problemas funciona de forma nociva à saúde, fazendo com que melhorias da qualidade de vida e saúde sejam esquecidas em função do consumo de calmantes, produzindo a alienação de seus consumidores, desconhecendo-se seus direitos sociais.

Notamos que, ao mesmo tempo em que a psiquiatria insere terapias, insere também seus discursos que, com as visitas freqüentes dos pacientes, vão construindo seu saber médico e anulando o conhecimento de outras terapias populares. O saber adquirido pelas pacientes nos consultórios médicos é encaixado de acordo com as condições sociais, econômicas da paciente, fazendo com que o uso de calmantes seja particularizado. Devemos nos perguntar em que pessoas estão restritas o conhecimento de curas populares, como preservá-lo e respeitá-lo. Devemos nos interrogar se

a medicina, anulando outras terapias, não está desvalorizando o outro, outras culturas e formas de pensamento. Deste modo, a medicina contribui para formar concepções sobre medicamentos, no entanto, diferentes da medicina oficial, adequada a cada contexto sociocultural, mas, suficiente, para anular outros saberes a respeito de outras terapias. Isso é contribuído pelo tempo que as pessoas tem contato com a medicina oficial, tendo assim grande efeito nas pessoas com idades relativamente avançadas, nas mulheres por terem maior contato com a medicina oficial. Assim, a medicina transmite seu conhecimento de forma que essas pessoas se transformem numa espécie de especialistas populares da medicina oficial, o que reafirma o papel dos idosos de pessoas experientes e sábias.

Sendo assim, foi possível observarmos através de nossa pesquisa, que o uso contínuo de calmantes o paciente leva a se sentir conhecedor do medicamento, podendo levar à automedicação, visto que o fato de conhecerem seus sintomas, os efeitos dos medicamentos fazem com que os utilizem de acordo com suas concepções. Este suposto conhecimento leva suas consumidoras a indicar ou emprestar seus calmantes, assim como aconselhar outra pessoa a freqüentar um psiquiatra.

Podemos realmente dizer que o consumo de calmantes é uma construção sociocultural, visto que seu consumo está também caracterizado pelas diferenças de gênero, pelo papel ocupado pela mulher na sociedade. Consumir calmantes é um meio de controlar as ações e atividades diárias com o cuidar dos filhos e do marido e o trabalho doméstico, regulando seus horários: o dormir, o acordar, as emoções, as irritações. Podemos observar que o consumo de calmantes funciona como um controlador, silenciando-as contra as injustiças promovidas pela sociedade.

O conhecimento dos pacientes sobre os calmantes está então relacionado com o tempo de uso do medicamento e não ao fato do indivíduo ser idoso. Assim, conhecer os sintomas, os nomes dos medicamentos e para que eles servem pode levar ao consumo fora do controle médico, mas envolvido de acordo com cada grupo social. Desse modo, emprestar para o

vizinho, amigo, filhos, marido, entre outros, um comprimido de calmantes os é um ato natural.

Pudemos observar que o uso de calmantes se relaciona com a problemática em que a família de suas consumidoras está envolvida. O excesso de trabalho doméstico, cuidar de filhos e maridos impõe regras e horários a serem cumpridos. Assim, controlar os “nervos”, manter-se calma e disciplinada é primordial para o cumprimento do papel imposto às mulheres entrevistadas. Devemos lembrar que o fato de existir outra pessoa com alguma outra doença mental em suas casas, como os filhos e o marido, produz tensões que geralmente são silenciadas com o uso de calmantes. Além disso, o consumo do medicamento pode ser “naturalizado”, transformando-se em algo comum para aquela família, passando a ser herdada pelos filhos, pelos irmãos. Ser usuária de calmantes transforma-se em ser possuidora de conhecimentos sobre os mesmos, fazendo com que avaliem quem deve e quem não deve tomá-los.

O consumo de calmantes foge à regra das prescrições médicas para serem utilizados de acordo com as situações que seus consumidores estão envolvidos em sua vida cotidiana. O consumo de calmantes funciona como silenciador das injustiças sociais e das diferenças de gênero. Desse modo, o desemprego, os atritos internos da família, as agressões, entre outros problemas enfrentados pelos indivíduos, ditarão o dia e a dosagem em que se deve consumi-los. O uso do calmante está relacionado com os acontecimentos do dia-a-dia de seus consumidores, assim como com a trajetória de acontecimentos ocorridos em suas vidas, tendo como pano de fundo as construções sociais como gênero e envelhecimento.

Dada a complexidade e a importância social das questões abordadas nesse trabalho, que se interligam para formar ou criar a realidade, dinâmica e instável, em determinado momento, faz-se imperativo, apesar da difícil tarefa que o saber proporciona, compreender e respeitar as diferenças, através da integralidade dos diversos saberes, científicos e populares. Deste modo, este estudo poderá servir para complementar ou auxiliar novas

pesquisas, assim como transformar a discussão do dificilmente questionável em realidade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da Medicina**. Bauru: EDUSC, 2001. 144p.

ALLARD, Jacques; ALLAIRE, Denis; LECLERC, Gilbert; LANGLOIS, Simon-Pierre. The influence of family and social relationships on the consumption of psychotropic drugs by the elderly. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 20, n. 2, p. 193-204, March, 1995.

ALLGULANDER, Christer; BORG, Stefan; VIKANDER, Britt. A 4-6- year follow-up of 50 patients with primary dependence on sedative and hypnotic drugs. **Am. J. Psychiatry**, v. 141, n. 12, p. 1580-1582, December, 1984.

ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina. Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In: PITTA, Aurea M. Rocha (Org.). **Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 217-235.

_____. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 171-185.

ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.

ANDREATINI, Roberto; BUENO, Orlando F. A.; OLIVEIRA, Maria Gabriela Menezes. Efeitos amnésicos dos benzodiazepínicos. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v.15, n. 2, p. 51-58, 1993.

ASHTON, Heather. Psychotropic – drug prescribing for women. **The British Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 10, p. 30-35, may, 1991 (Suplemento).

AUCHEWSKI, Luciana, et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo v. 26, n. 1, p. 24-31, março, 2004.

BARROS, José Augusto C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.17, n. 5, p. 377-386, outubro, 1983.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711 p.

BERMAN, Marshall. O *Fausto* de Goethe: A tragédia do Desenvolvimento. In: _____. **Tudo que é sólido desmancha no ar**: aventura da modernidade. Tradução de Carlos Felipe Moisés e Ana Maria L. Ioriatti. São Paulo: Companhia das Letras, 1986, p. 37-84.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda. **Indústria farmacêutica, Estado e sociedade**: crítica da política de medicamentos no Brasil. São Paulo: Hucitec-Sobravime, 1995. 204 p.

BERNIK, Márcio Antonini. **Consequências adversas do uso continuado de tranqüilizantes benzodiazepínicos**: tolerância, dependência e prejuízos nos desempenhos individuais. 1995. 200f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.

_____. Benzodiazepínicos e dependência. In: BERNIK, Márcio Antonini (Coord.). **Benzodiazepínicos**: quatro décadas de experiência. São Paulo: Edusp, 1999. p. 211-231.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). **Cidadania e Loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis/Rio de Janeiro: 1992. p. 133-170.

BIRMAN, Joel. Apresentação: interpretação e representação na Saúde Coletiva. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 7-22, 1991.

BOLTANSKI, Luc. **As Classes sociais e o corpo**. Tradução de Regina A. Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 191 p.

BORTOLETTO, Maria Elide; BOCHNER, Rosany. Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 859-869, out./dez. 1999.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994. 484 p.

BOTTINO, Cássio Machado de Campos; CASTILHO, Ana Regina Geciauskas Lage. Terapêutica com benzodiazepínicos em populações especiais: idosos, crianças, adolescentes e Gestantes In: BERNIK, Márcio Antonini. (Coord.). **Benzodiazepínicos**: quatro décadas de experiência. São Paulo: Edusp, 1999. p. 157-177.

BOURDIEU, Pierre. O mercado lingüístico. In:_____ **Questões de Sociologia**. Tradução de Jeni Vaitsman Rio de Janeiro: Editora Marco Zero, 1983a. p.95-107.

BOURDIEU, Pierre. A juventude é apenas uma palavra.. In: _____. **Questões de sociologia**. Tradução de Jeni Vaitsman. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero Limitada, 1983b. p. 112-121.

_____. Campo do poder, campo intelectual e Habitus de Classe. In:_____. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1998a. p. 183-202.

_____. Reprodução Cultural e Reprodução Social. In: BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1998b. p. 295-336.

_____. **A dominação masculina**. Tradução de Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. 160 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União da República federativa do Brasil. Brasília, DF, 1 de fev. de 1999. 73p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas - SINITOX). **Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento**. Brasil, 2000. Rio de Janeiro: CICT/FIOCRUZ. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/sinitox>>. Acesso em: 10 jan. 2004.

CAMARANO, Ana Amélia. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 35-63, 2003.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. Medicina, Medicalização e Produção Simbólica. In: PITTA, Aurea M. Rocha (org.). **Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios**, São Paulo: Hucitec. 1995. p. 13-24.

CAMIDGE, D. R., WOOD, R. J., BATEMAN, D. N. The epidemiology of self-poisoning in UK. **J. Clin.-Pharmacol**, Thousand Oaks, v. 56, p. 613-619, 2003.

CAPRA, Fritjof. O modelo biomédico. Tradução de Álvaro Cabral. In:_____ **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1991, p. 116-155.

CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida; GOMES, Romeu. Representações sociais e históricas: referenciais teórico-metodológicos para

o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 499-506, 2000.

CARLINI, E. A.; FORMIGONI, Maria Lúcia de O. Souza. A influência de uma legislação mais restritiva na venda de medicamentos psicotrópicos. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 12-15, 1988.

CARLINI, E. A., GALDURÓZ, José Carlos F., NOTO, Ana Regina, NAPPO, Solange A. I **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001**. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002. 380p.

CARLINI, Elisaldo Luiz Araújo, NAPPO, Solange Aparecida. The pharmacovigilance of psychoactive medications in Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 25, n. 4 p. 2000-2005, 2003.

CARRARA, Sérgio. Entre cientistas e bruxos: ensaios sobre dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença. In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

CASTIEL, Luis David. Hestórias clínicas: categorias para o corpo que adocece. In: VAITSMAN, Jeni; GIRARDI, Sábado (Orgs.). **A ciência e seus impasses: debates e tendências em filosofia, ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 149-179.

CASTRO, Claudia Garcia Serpa Osório de (Coord.). **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 92 p.

CARVALHO, Manoel de; VIEIRA, Alan Araújo; MAGLUTA, Cynthia. Erro no uso de medicamentos. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Orgs.). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 363-379.

CHAIMOWICZ, Flávio; FERREIRA, Teresinha de Jesus Xavier Martins; MIGUEL, Denise Freire Assumpção. Uso de medicamentos psicoativos e seu relacionamento com quedas entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 631-635, dez. 2000.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. 250p.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. São Paulo : Cortez, 1995. 164 p.

CLINTHORNE, Janice K., CISIN, Ira H., BALTER, Mitchell B., MELLINGER, Glen D., UHLENHUTH, Eberhard H. Changes in popular attitudes and

abouts belifes tranquilizers: 1970-1979. **Arch Gen Psychiatry**, Chicago, v. 43, p. 527-532, june, 1986.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. Estado e indústria farmacêutica: as estratégias da medicalização. In: GUIMARÃES, Reinaldo. **Saúde e medicina no Brasil**: contribuições para um debate. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p. 259-293.

CORRÊA, Mariza. **As ilusões da liberdade**: a Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil. Bragança Paulista: EDUSF, 1998. 487 p.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983. 282 p.

COSTA-ROSA. Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 141-168

CORRÊA, mariza. **As ilusões da liberdade**: a Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil. Bragança Paulista: EDUSF, 1998.

CRUZ NETO, Otávio. O Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DEBERT, Guita Grin. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, Myriam Moraes Lins de (Org.). **Velhice ou terceira idade**: estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: FGV, 1998. p. 49-68.

_____. Velhice e o curso da vida pós-moderno. **Revista USP**, São Paulo, n. 42, p. 70-83, junho/agosto, 1999a.

_____. **A reinvenção da velhice**: socialização e processo de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp/Fapesp, 1999b. 266 p.

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. **Mil platôs** – capitalismo e esquizofrenia. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Rio de Janeiro: Ed. 34, Vol 2, 1995.

DELEUZE, Gilles. Política. In: _____ **Conversações**. Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992, p. 209-226.

DEMO, Pedro. **Conhecimento moderno**: sobre ética e intervenção do conhecimento. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

DI STASI, Luis Cláudio. Arte, ciência e magia. In: DI STASI, Luis Cláudio (Org.). **Plantas medicinais: arte e ciência**. Um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: UNESP, 1996a. p. 15-21.

_____. Conceitos básicos na pesquisa de plantas medicinais. In: DI STASI, Luis Cláudio (Org.). **Plantas medicinais: arte e ciência**. Um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: UNESP, 1996b. p. 23-27.

DI STASI, Luis Cláudio; SAVASTANO, Maria Ângela Piovesan. Folclore: conceitos e metodologia. In: DI STASI, Luis Cláudio (Org.). **Plantas medicinais: arte e ciência**. Um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: UNESP, 1996. p. 37-45.

DSM-IV – **Manual diagnóstico e estatística de transtornos mentais**. Trad. Dayse Batista; - 4. ed. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 263 p.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro/Brasília: Jorge Zahar/CNPq, 1986, p.290.

_____. A outra saúde: mental, psicossocial, físico moral?. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p.83-89

ELIAS, Nobert. **Sobre o tempo**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.165.

_____. **A solidão dos moribundos, seguido de, envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. 107p.

FERREIRA, Jaqueline. O corpo sógnico. In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 101-112.

_____. Cuidados do corpo em vilas de classe populares. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 49-56.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 295 p.

_____. **O Nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987a. 241p.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução Raquel Ramalhete. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 1987b. 288 p.

_____. Médicos e doentes. In:_____. **História da loucura**. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva. 1997a. p.297-338.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Tradução de Andrea Daher. Rio de Janeiro:Jorge Zahar Ed., 1997b. 134 p.

GALLEGUILLOS U, Tamara et al. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. **Rev. Méd. Chile**, Santiago, v. 131, n. 5, p. 535-540, may, 2003.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: teoria interpretativa da Cultura. In:_____. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: editora LTC, 1989. p. 3-21.

GOLDFARB, Delia Catullo. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo: 1998. 125 p.

GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis Editora, 1985. 233 p.

GOMES, Romeu. **A análise de dados em pesquisa qualitativa**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.

GÓMEZ, Elsa Gómez. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 11, n. 5, p. 327-334, May/June, 2002.

GORENSTEIN, Clarice et al. Os benzodiazepínicos são realmente inócuos ?. **Revista ABP-APL**, São Paulo, v. 15, n. 4. p. 153-154, 1993.

GORENSTEIN, Clarice; SCAVONE, Cristóforo. Avanços em psicofarmacologia _ mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 64-73, 1999.

GUEDES, Maria Luisa. Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Brás. Psiquiatr**, São Paulo, v. 23, suplemento II, p. 65-67, 2001.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução de Eliane Mussmich. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333 p.

HERZLICH, Claudine. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 23-36, 1991.

HOHMANN, Ann A. Gender Bias in Psychotropic Drug Prescribing in Primary Care. **Medical Care**, Philadelphia, v. 27, n. 5, p. 478-490, may, 1989.

HUF, Gisela; LOPES, Claudia de Souza; ROZENFELD, Suely. 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.

HULSE, Gary K. Álcool, drogas e muito mais entre os idosos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, suplemento L, p. 34-41. 2002.

ILLCH, Ivan. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196p.

ISACSON, Dag. Long-term benzodiazepine use: factors of importance and the development of individual use patterns over time – A 13-Year follow-up in a swedish community. **Soc. Sci. Med**, v. 44, n. 12. p. 1871-1880, 1997.

KARNIOL, Isac Germano et al. Uso e abuso de benzodiazepinas no Brasil. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 30-35, 1986.

KLEINMAN, Arthur. The meaning of symptoms and disorders. In: _____. **The illness narratives**: suffering, healing, and the human condition. United States of America: BasicBooks, 1988. p. 03-30.

KRZYŻANOWSKI, Sigismund. O carvão amarelo. Tradução de Maria Aparecida B. Pereira Soares. B. In: _____. **O marcador de página**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997. p. 71-90.

KSENSÉE, Alain. Une pilule amère. Psychanalyse, psychosomatique et... psychotrope. **Rev. Franç. de Psychanal**, Paris, v.61, n. 2, p. 465-483, avril/juin, 2002.

LARANJEIRA, Ronaldo; CASTRO, Luís André. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: BERNIK, Márcio Antonini (Coord.). **Benzodiazepínicos**: quatro décadas de experiência. São Paulo: Edusp, 1999. p. 187-198.

LAUX, G., KÖNIG, W. Long-Term use of benzodiazepines in psychiatric inpatients. **Acta Psychiatr. Scand**, Copenhagen, v. 76, p. 64-70, 1987.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo**: antropologia e sociedade. Tradução de Marina Appenzeller. Campinas-SP: Papirus, 2003. 240 p.

LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991. 159 p.

_____. **Mitologia sanitária**: Saúde, Doença, Mídia e Linguagem. São Paulo: Edusp, 1999. 112 p.

LEVIGARD, Yvone Elsa. **A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de nervoso no meio rural** - uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. 2001. 90f. Dissertação de Mestrado em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, 2001.

LÉVI-STRAUSS, Claude. A ciência do concreto. In:_____. **O pensamento selvagem**. São Paulo: Nacional/Edusp, 1970. p.19-55.

LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. **Saúde na velhice**: as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento. São Paulo: EDUC/Fapesp, 2000. 192 p.

LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina (Orgs.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 7-18.

_____. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis: Vozes, 1997. 179p.

LOYOLA, Andréa Maria. A medicina popular. In: GUIMARÃES, Reinaldo. **Saúde e medicina no Brasil**: contribuições para um debate. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984a. p. 225-232.

_____. **Médicos e Curandeiros**: conflito social e saúde. São Paulo: DIFEL, 1984b. 195 p.

MACHADO, Maria Helena (Coord.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 244 p.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. **A medicalização da raça**: médicos, educadores e discursos eugênico. Campinas-SP: UNICAMP, 1994. 166p.

MASTROIANNI, Patrícia de Carvalho, GALDUROZ, José Carlos Fernandes e CARLINI, Elisando Araújo. Influência da legislação sobre as propagandas de medicamentos psicoativos no Brasil. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 146-155, set., 2003.

MEYER, Dagmar Estermann. Do poder ao gênero: uma articulação teórica-analítica. In: LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina (Orgs.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 41-51.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1999. 269p.

_____. Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Orgs.).

Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83-107.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A. Introdução: Entre a Liberdade e a Dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JÚNIOR., Carlos E. A (Orgs.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 11-35.

MONTERO, Paula. **Da doença a desordem:** a magia na umbanda. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 274p.

NARDI, Henrique Caetano. O *Ethos* masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação:** perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 95-104.

NOGUEIRA, Cláudia Mazzei. **A feminização no mundo do trabalho:** entre a emancipação e a precarização. Campinas: Autores Associados, 2004. 112 p.

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

OLIVEIRA, Elda Rizzo de. Representações sociais sobre doenças: os magos da ciência e os cientistas da magia. In: BOTAZZO, Sérgio Carlos; FREITAS, Fernando Torres. **Ciências sociais e saúde bucal:** questões e perspectivas. São Paulo: EDUSC-UNESP, 1998a. p. 43-85

OLIVEIRA, Francisco J. Arsego. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto?. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação:** perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998b.p. 81-94.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré, FRAGA, Maria de Nazaré Oliveira. Mulheres e o Medicamento de Cada Dia... In: SOUZA, Ângela Maria Alves, BRAGA, Violante Augusta Batista, FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira (Orgs.). **Saúde, saúde mental e suas interfaces**. Fortaleza: DENF/UFC/FFOE, FCPC, 2002. p. 151-158.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS (Coord.). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução Dorgival Caetano – Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **CID-10 – Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados**

primários. Tradução Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

PEREIRA, Leonardo Affonso de Miranda. **As barricadas da saúde:** vacina e protesto popular no Rio de Janeiro da Primeira República. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002. 126 p.

PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil:** o presente no passado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 232 p.

PERRUSI, Artur. **Imagens da Loucura:** representação social da doença mental na psiquiatria. São Paulo/Recife: Cortez/ Editora da Universidade Federal de Pernambuco, 1995. 240 p.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas.** Rio de Janeiro: ed. 34, 1994, 206 p.

PIGNARRE, Philippe. **O que é medicamento?:** um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Ed. 34, 1999. 151 p.

POUFFE, Louise A. Addressing social and gender inequalities in health among seniors in Canadá. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 855-860, maio, 2003.

QUEIROZ, Isaura Pereira de. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva.** São Paulo: CERUE FFLCH/USP, 1983. 182 p. (Col. Textos, 4).

QUEIROZ, Marcos S. Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Saúde e doença:** um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 153-166.

RABELO, Miriam Cristina. Religião, ritual e cura. In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de Souza (orgs.). **Saúde e doença:** um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 47-56.

_____. A experiência de indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização. In: RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 205-227.

RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. Signos, significados e práticas relativos à doença mental. In: RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 43-73.

RABELO, Miriam Cristina M., ALVES, Paulo César. Tecendo Self e Emoção nas Narrativas de Nervoso. In: RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 187-204.

RODRIGUES, Joelson Tavares. A medicalização como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 8 n. 1, p. 13-22, 2003.

ROMANELLI, Geraldo. O Processo Saúde/Doença em Famílias de Baixa Renda e a Ação do Estado. In: Encontro Anual da ANPOCS, 23., 1999, Caxambu, 1999. Anais do XXIII encontro anual. Caxambu-MG: ANPOCS, 1999.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003. 367 p.

ROZENFELD, Suely. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717-724, mai-jun, 2003.

SARTI, Cyntia A. Os filhos dos trabalhadores: quem cuida das crianças? In: OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de; SCAVONE, Lucila (Orgs.). **Trabalho, saúde e gênero na globalização**. Goiânia: AB, 1997. p. 51-60.

SARTI, Cynthia Andersen. **A família como espelho**: estudo sobre a moral dos pobres. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 152p.

SCAZUFCA, Marcia. **O usuário de calmantes**: um estudo das representações mentais de pacientes atendidos em ambulatórios de saúde mental da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. 1990. 186p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1990.

SCHMITZ, Marcelo, TORRES, João Batista, SOARES, Paulo Fernando Bittencourt. Tentativa de suicídio por auto-envenenamento: um estudo sobre 684 casos. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 63-66, 1992.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Desgaste mental no trabalho dominado**. São Paulo: Cortez, 1994. 322 p.

SILVA, Jorge Alberto Costa. História dos Benzodiazepínicos. In: BERNIK, Márcio Antonini (Coord.). **Benzodiazepínicos**: quatro décadas de experiência. São Paulo: Edusp, 1999. p. 15-28.

SILVEIRA, Maria Lucia da. **O nervo cala, o nervo fala**: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 123 p.

SINGER, Paul. **Prevenir e curar**: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988. 3. ed. 166 p.

SOUZA, Iara Maria. Na trama da doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999a. p. 89-124.

SOUZA, Iara Maria. O asilo revisado: perfis do hospital psiquiátrico em narrativas sobre doença mental. In: RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999b. p. 139-168.

STERNBACH, Leo H. The benzodiazepine story. **Jornal of Medicinal Chemistry**, Harvard, v. 22, n. 1, p. 1-7, 1979.

TANCREDI, Francisco Bernardini. **Consumo de medicamentos benzodiazepínicos no Brasil _ 1970 a 1985**. Estudo comparativo de tendências. São Paulo, 1985. 247f. Tese (Doutorado), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985.

TAYLOR, S., McCRACKEN, C. F. M., WILSON, K. C. M., COPELAND, J. R. M. Extent and appropriateness of benzodiazepine use. **British Journal of Psychiatry**, London, v.173, p. 433-438, 1998.

TCHÉKHOV, Antón Pávlovitch. **O beijo e outras histórias**. São Paulo: Círculo do Livro, [19--].233p.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 1, p. 25-59, 2002.

TOBAR, Federico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 172 p.

TRAVASSOS, Cláudia; VIACAVA, Francisco; PINHEIRO, Rejane; BRITO, Alexandre. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana Salud Publica*, v. 11, n. 5, p. 365-373, may/June 2002.

UCHÔA, Elizabeth. Epidemiologia e antropologia: contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995. p. 87-109.

VARGAS, Eduardo Viana. Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL,

Ondina Fachel (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 121-136.

VERAS, Renato P.; ALVES, Maria Isabel C. A população idosa no Brasil: coconsideracoes acerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Os Muitos: saúde e população na década de 80**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. p. 320- 337.

VERAS, Renato; COUTINHO, Evandro; COELI, Cláudia Medina. Epidemiologia dos Transtornos mentais em Idosos: um estudo comunitário e hospitalar. In: BARRETO, Maurício Lima; ALMEIDA FILHO, Naomar; VERAS, Renato Peixoto; BARATA, Rita Barradas (Orgs.). **Epidemiologia, serviço e tecnologias em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1998. p. 207-232. (Série Epidemiológica 3).

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 84 p.

VILLARES, Cecília C., REDKO, Cristina P.; MARI, Jair J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Rev. Brás. Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 36-47, jan/mar,1999.

VOYER, Phelippe, McCUBBIN, Michael, PRÉVILLE, Michael; BOYER, Richard. Factors in Duration of Anxiolytic, Sedative, and Hypnotic Drug Use in the Elderly. **Canadian Journal of Nursing Research (CJNR)**, v. 35, n. 4, p. 126-149, 2003.

WILLIAMS, D. D. R., McBRIDE, Andrew. Benzodiazepines: time for reassessment. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 173, p. 361-362, 1998.

07. ANEXOS

Anexo A _Roteiro de Entrevista semi-estruturada¹

Número da entrevista: _____

Entrevistador: _____

Duração da entrevista: _____

Dia da semana: _____

Tipo de local de realização da entrevista: _____

Observações: _____

Dados do Entrevistado

1. Nome fictício da entrevistada:
2. Idade:
3. Local de nascimento:
4. Escolaridade:
5. Profissão/ocupação:
6. Estado Civil:
7. Religião Atual:
8. Religião Anterior:

Calmantes e Vida Cotidiana

1. Quais tranqüilizantes que a senhora faz uso? Há quanto tempo? Já usou outros anteriormente? Que diferença há entre os que usa hoje e os que usava anteriormente? Eram diferentes? Quais as dosagens?
2. Por quais meios adquiriu informações sobre tranqüilizantes (isto é, para que servem, como são usados, que mal podem fazer)? O que ele falou para a senhora?
3. Os medicamentos que usa ou já usou foram adquiridos em farmácia? Em caso de resposta negativa, como foram adquiridos?
4. Na sua opinião, qualquer pessoa, mesmo que não seja um profissional da área de saúde, está apto a indicar (receitas) para alguém um

¹ Esclarecemos que os roteiros são apenas um referencial para explorar o tema proposto. Procuraremos na apresentação das questões adequar nossa linguagem de forma que os entrevistados tenham condições de responder.

tranqüilizante? Alguma vez alguém com esse perfil já a induziu a tomar um tranqüilizante?

5. Conhece outras pessoas que também fazem uso de tranqüilizante? Por que motivos estas pessoas passaram a fazer uso de tranqüilizantes?

6. Os tranqüilizantes influenciam no cumprimento de suas atividades cotidianas? Positiva ou negativamente?

7. Qual a renda mensal de sua família e quanto é gasto na compra de medicamentos? Quais são os medicamentos priorizados?

Profissionais de Saúde e Calmantes

1. Na sua opinião os profissionais de saúde podem levá-la a compreender (concluir) melhor o que são os tranqüilizantes?

2. No seu caso, o médico que lhe receita os tranqüilizantes foi suficientemente claro?

3. Na sua opinião, deve-se recorrer ao auxílio dos atendentes das farmácias ou drogarias, na compra de tranqüilizantes, para esclarecimento de dúvidas sobre este produto?

4. Que conceito daria para o(s) tranqüilizante(s) que usa atualmente? (bom, ruim, péssimo, etc)

5. Que influência teve o médico em sua opinião a respeito desse tranqüilizante?

6. Na sua opinião, como os tranqüilizantes agem no seu organismo (corpo)?

7. Já recomendou o tranqüilizante que usa para outra pessoa? Por quê?

8. O que, na sua opinião, poderá acontecer com você caso se abstenha dos tranqüilizantes?

9. Na sua opinião, os tranqüilizantes que usa poderiam ser substituídos? Pelo quê?

10. Acha que pode ter uma boa saúde sem usar tranqüilizantes? Por quê?

Anexo B – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido²

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ aceito participar do projeto:
“Representações Simbólicas Sobre Tranqüilizantes Alopáticos: estudo realizado com mulheres a partir de 60 anos idade, pacientes do Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo”³ a ser desenvolvido por Reginaldo Teixeira Mendonça, mestrando em Saúde na Comunidade do Programa de Pós-Graduação em Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), que será objeto de estudo.

Minha aceitação significa que estou ciente de que estarei respondendo à entrevista semi-estruturada a ser conduzida pelo pesquisador do referido projeto, e tenho ciência de que as entrevistas serão gravadas em fitas cassete.

Declaro também que:

- 1) Estou aceitando voluntariamente a participação nesse projeto, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão para isso.
- 2) Posso deixar de participar do projeto, a qualquer momento, caso eu desejar.
- 3) Fui assegurada de que minhas informações e os registros das entrevistas serão utilizados somente para estudo do referido projeto e de forma a não me identificar.

Ribeirão Preto, _____, de _____ de _____

Assinatura

Eu, Reginaldo Teixeira Mendonça, como pesquisador responsável declaro que estarei respeitando todos os termos supra-mencionados, por verdade firmo.

Ribeirão Preto, _____, de _____ de _____

² Termo entregue ao participante antes do início da entrevista.

Anexo C – Modelo da Declaração de Compromisso Ético⁴**Declaração de Compromisso Ético**

Eu, Reginaldo Teixeira Mendonça, pesquisador do projeto: ***“Representações Simbólicas Sobre Tranqüilizantes Alopáticos: estudo realizado com mulheres a partir de 60 anos de idade, pacientes do Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo”***, mestrando em Saúde na Comunidade do Programa de Pós-Graduação em Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), firmo a presente Declaração de Compromisso Ético, na qual me responsabilizo pelo cumprimento dos seguintes compromissos:

- 1) O presente projeto de estudo e investigação solicita dos participantes que participem de uma ou duas entrevistas semi-estruturadas e conduzidas pelo pesquisador.
- 2) Todos os participantes serão informados anteriormente, sobre dia e hora; será informado também que as entrevistas serão gravadas em fitas cassete, tendo firmado termo de consentimento informado a respeito.
- 3) Todos só participarão mediante adesão livre e voluntária, firmada mediante termo de consentimento informado, sem sofrerem nenhuma forma de pressão para isso.
- 4) Qualquer um pode deixar de participar do projeto, a qualquer momento.
- 5) A todos será assegurado que suas informações e os registros das entrevistas serão utilizadas somente para estudo do referido projeto e de forma a não os identificarem.

Ribeirão Preto, _____, de _____ de _____

Pesquisador: Reginaldo Teixeira Mendonça

³ Sentimos a necessidade de mudar o título da dissertação (ver capa) devido às discussões desenvolvidas.

⁴ Declaração entregue à diretoria do Núcleo de Saúde Mental, antes de iniciarmos a pesquisa. Sobre o título do projeto ver nota anterior.