

IONARA VIEIRA MOURA RABELO

“NUNCA PENSEI NISSO COMO PROBLEMA”: estudo
sobre gênero e uso de benzodiazepínicos na estratégia saúde
da família

ASSIS

2011

IONARA VIEIRA MOURA RABELO

“NUNCA PENSEI NISSO COMO PROBLEMA”: estudo sobre
gênero e uso de benzodiazepínicos na estratégia saúde da família

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista, para a obtenção do título de Doutor em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientadora: Maria de Fátima Araújo
Coorientador: Fernando Frei

ASSIS

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

Rabelo, Ionara Vieira Moura

R114n “Nunca pensei nisso como problema”: estudo sobre gênero e uso de benzodiazepínicos na estratégia saúde da família / Ionara Vieira Moura Rabelo. Assis, 2011
190 f. : il.

Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.
Orientadora: Dr^a Maria de Fátima Araújo

1. Gênero. 2. Saúde pública. 3. Saúde mental. 4. Benzodiazepínicos. 5. Família – Saúde e higiene. I. Título.

CDD 362.1

FOLHA DE APROVAÇÃO

IONARA VIEIRA MOURA RABELO

“NUNCA PENSEI NISSO COMO PROBLEMA”: estudo sobre gênero e uso de benzodiazepínicos na estratégia saúde da família

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista, para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade

BANCA EXAMINADORA

Presidenta e Orientadora _____

Profª Drª Maria de Fátima Araújo
UNESP/Assis

Membro Titular _____

Profº Dr Abílio da Costa-Rosa
UNESP/Assis

Membro Titular _____

Profª Drª Ana Raquel Rosas Torres
Universidade Federal da Paraíba

Membro Titular _____

Profª Drª Daniela Sacramento Zanini
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Membro Titular _____

Prof Dr Silvio Yasui
UNESP/Assis

Assis, 16 de dezembro de 2011.

Aos meus avós que começaram toda essa
história..

Aos meus pais por não a terem interrompido...

Ao meu marido Júnior por ter lhe dado novos
matizes...

Aos meus filhos, Inaiana e João Victor, por a
perpetuarem.

AGRADECIMENTOS

No trajeto complexo entre planejar, iniciar, executar e concluir um doutorado, algumas pessoas foram fundamentais, para que esse percurso ocorresse sem tantas intempéries. Muito obrigada ao meu marido, Júnior, meus filhos Inaiana e João Victor, minha companheira de todos os dias Maria do Carmo, meus pais Itamar e Marilena, meus irmãos Alexandre e Juliana, meus sogros João Alberto e Sílis, sem eles e elas essa história ainda seria um projeto.

Este trabalho só foi possível porque várias mãos contribuíram em sua tecitura, por isso sou, eternamente, grata a um grupo de parceiros e parceiras de caminhada e trabalho. Acolher uma idéia não é simples, acolher uma pessoa cheia de idéias é mais difícil ainda. Sendo assim, agradeço, sinceramente, à Professora Maria de Fátima Araújo por ter me recebido, apostado em meus sonhos e garantido que eles se tornassem reais.

Muito obrigada ao Professor Fernando Frei por ter aceitado participar na coorientação dessa pesquisa.

Às trabalhadoras e aos trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família, bem como aos gestores e às gestoras de Assis e Goiânia que permitiram minha entrada, e, literalmente, compartilharam suas dores e alegrias. Muito obrigada por confiarem em mim, especialmente, as/os agentes comunitários de saúde, que tantas vezes alteraram suas planilhas, para me acompanharem nas visitas domiciliares. A companhia e encorajamento de vocês foram fundamentais!

Agradeço, especialmente, a duas parceiras de caminhada: à psicóloga Rosana Carneiro Tavares, que desafiou cruzar os muros do CAPS, junto comigo, e à enfermeira e psicóloga Daniela Ferreira que acolheu as primeiras atividades de matriciamento, na Estratégia Saúde da Família do Setor Madre Germana II, em Goiânia.

Às mulheres e aos homens usuários de benzodiazepínicos que me permitiram entrar em suas casas e suas vidas. Sem vocês, nada disso teria sido possível.

Sou também grata ao Professor José Luiz Guimarães (*In Memoriam*) que apostou em uma goiana que não gostava muito de ter fronteiras. Muito obrigada por me receber entre seus alunos e alunas. Graças a ele, também, fui apresentada e aceita, pelo Núcleo de Estudos sobre Violência e Relações de Gênero (NEVIRG), aonde encontrei espaço para o debate e produção de saber. Agradeço à Prof^a Olga Ceciliato Mattioli e colegas do NEVIRG, pela oportunidade vivenciada, especialmente, aos colegas de doutorado, Jair Izaias Kappann e Luis Fernando Rocha, por não me deixarem esquecer, porque se faz necessário estudar gênero.

Agradeço aos professores da Pós-graduação em Psicologia, José Sterza Justo, Sílvio Yasui e Francisco Hashimoto, por serem os primeiros interlocutores, na construção desse projeto.

Numa cidade tão pequena e pacata, como Assis, encontrei pessoas maravilhosas que tornaram muito mais fácil sobreviver longe de casa. Muito obrigada a Suely, Iria, Marcos, Lucilene, Keyla e Soraya que tantas vezes ajudaram-me a não ficar tão perdida. A Lívia, Tânia, Iúri, Renata e Ariane por não me deixarem só, a Liamar, Heidi, Alcides e Andréa Sanches por me darem as boas-vindas como colegas da pós-graduação.

Para a realização desse estudo, tive que deixar companheiros e companheiras de trabalho. Muito obrigada pelo apoio dado pela Universidade Paulista-UNIP e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Também agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio oferecido, através da Bolsa de Estudos.

Na finalização desse trabalho, foi fundamental ter a presença dos professores Abílio Costa-Rosa e Maria Lúcia Boarini, para olhar, pensar e construir possibilidades não visualizadas. Muito obrigada por participarem, genuinamente, da leitura e construção desse material. Também sou grata aos professores Daniela Zanini, Ana Raquel Rosas Torres e Sílvio Yasui por aceitarem compor a Banca de Defesa dessa Tese de Doutorado.

Na revisão final de português, mãos preciosas me auxiliaram na leitura e correção desse material. Muito obrigada à professora Gislene Vieira Carvalho, que tem o coração em tudo que toca.

Ao retornar para casa, agradeço às amigas que se mantiveram firmes, no propósito de não me abandonar, mesmo com tantas ausências: Denise, Emília, Daniela, Ana Raquel, Luciene, Jordana, Margareth, Thalita, Heloísa, Janice, Luzenir e Edilene. Também às amigas do Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção à Saúde da Secretaria de Saúde de Goiânia, especialmente Cida Alves e Railda, que me acolheram num momento muito difícil de transição.

Não se cuida efetivamente de indivíduos sem
cuidar de populações, e não há verdadeira saúde
pública que não passe por um atento cuidado de
cada um de seus sujeitos.

Ayres (2004)

RABELO, Ionara Vieira Moura. “Nunca pensei nisso como problema”: estudo sobre gênero e uso de benzodiazepínicos na Estratégia Saúde da Família. 2011. 190 p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista – UNESP. Assis. 2011.

RESUMO

No Brasil, existe um alto consumo de medicamentos benzodiazepínicos (BZD), maior entre as mulheres, principalmente, idosas. A dependência ao BZD ocorre com o apoio do sistema de saúde, que permite a prescrição e repetição de receitas por tempo prolongado. Contribuem para esta prática: a hegemonia do discurso biomédico sem problematizar a categoria gênero e demais indicadores sociais; a falta de uma legislação e fiscalização mais eficazes, sobre o comércio e dispensação de BZD. Percebe-se que as práticas de atenção à saúde reafirmam uma objetivação do corpo feminino, contribuindo para a medicalização das relações de gênero. Essa pesquisa objetiva investigar a interface saúde mental e gênero, dentro das práticas de cuidado das equipes da estratégia saúde da família (ESF), com foco, na utilização de ansiolíticos. Esse estudo utilizou a pesquisa-ação, contemplando dois momentos: uma aproximação e diagnóstico do campo, utilizando metodologia quantitativa e, logo após, uma proposta de intervenção com metodologia qualitativa. Transversaliza esse estudo, a perspectiva de gênero que tenta compreender como as relações e dinâmicas sociais são capazes de atualizar-se, para promover uma organização social da diferença sexual. A pesquisa foi realizada em seis equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de duas cidades brasileiras: Assis e Goiânia. No primeiro momento, de diagnóstico, foram avaliados todos os prontuários de usuários e usuárias dos ansiolíticos Diazepam e Clonazepam, das seis ESF selecionadas, aplicando um questionário que avaliava questões relacionadas ao uso de BZD, totalizando 132 participantes. Encontrou-se que mulheres têm 2,07 mais risco de ser o grupo, para quem se prescrevem ansiolíticos, que o grupo dos homens. Com relação ao tempo de uso, as mulheres apresentam uma média de idade de 55 anos e utilizam ansiolíticos por volta de 9,7 anos, enquanto os homens têm 53 anos, em média, e, 11,3 anos, utilizando ansiolíticos. O/A médico(a) da ESF é o(a) que aparece como principal prescritor(a) de ansiolíticos (34,1%), e, logo em seguida, vem neurologista (29,5%) e psiquiatra (21,2%). Para a repetição da receita de BZD, o médico da ESF é o mais buscado (84%), seguido pelo psiquiatra (11%). Tais dados foram problematizados com cada equipe e, em quatro delas, todas localizadas em Goiânia, foi iniciada uma intervenção, com a construção de uma carta informativa sobre BZD, que desencadeou as seguintes ações: grupos de discussões sobre uso de BZD, com toda a equipe da ESF; sensibilização em gênero; estudos de caso; desenvolvimento do protocolo de retirada do BZD, grupos de apoio aos usuários(as) de BZD e visitas domiciliares. Constatou-se que as intervenções mínimas, construídas para a retirada do BZD, foram eficazes, visto que 45% dos participantes da pesquisa já haviam concluído a retirada total do medicamento. Sendo assim, avalia-se que a ação de retirada do BZD, focando em pacientes e equipes, simultaneamente, foi capaz de atuar na relação entre ambos, e tratar a dependência no nível relacional, e, não, individual. O que é chamado de medicalização do social ou medicalização da vida, nesse estudo, foi enfocado enquanto medicalização da relação equipe da ESF e pacientes.

Palavras-chave: Gênero; Saúde Mental; Estratégia Saúde da Família; Benzodiazepínicos

RABELO, Ionara Vieira Moura. "I never thought of it as a problem": study on the gender and use of Benzodiazepines in the Family Health Strategy. 2011. 190 p Thesis (Doctorate in Psychology) – Assis Science and Language College, São Paulo State University – UNESP. Assis. 2011.

ABSTRACT

In Brazil, there is a high consumption of Benzodiazepine-based medicine (BZD), greater among women, mostly elderly ones. Dependence on BZD happens with the support of the healthcare system, which allows repeated prescriptions over a long period of time. The following also contribute to this practice: the hegemony of the biomedical speech without problematizing the gender category and other social indicators; the lack of a more effective legislation and control of the commerce and dispense of BZD. It is noticed that the healthcare practices reassure an objectivation of the female body, contributing to medicalization of the gender relations. This research aims to investigate the interface between mental health and gender within the practices of the healthcare teams of the Family Health Strategy (FHS), with a focus on anxiolytics. This study made use of action research, considering two moments: a field approach and diagnosis using quantitative methodology and then an intervention proposal with qualitative methodology. This study is transversed by a gender perspective that tries to understand how the social relationships and dynamics are capable of updating themselves in order to promote a social organization of sexual difference. The research was accomplished in six teams of the Family Health Strategy (FHS) from two Brazilian cities: Assis and Goiania. At the first stage, that of diagnosis, all the anxiolytic Diazepam and Clonazepam users were evaluated, from the six FHS selected, by means of a questionnaire that assesses issues related to the use of BZD, in a total of 132 participants. It was found that women have a risk 2.07 higher of being the group to whom anxiolytics are prescribed, compared to the male group. In relation to the usage period, women present an age average of 55 years old and use anxiolytics for around 9.7 years, while men are 53 years old on average and spend 11.3 years using anxiolytics. The FHS doctor appears as main prescriber of anxiolytics (34.1%), followed by the neurologist (29.5%) and the psychiatrist (21.2%). For repeated BZD prescriptions, the FHS doctor is the most sought, followed by the psychiatrist (11%). Such data was problematized with each team and in four of them, all located in Goiania, an intervention initiated, by means of elaborating an informative letter on BZD, which led to the following actions: discussion groups about the use of BZD with all the FHS team; sensitization on gender; case studies; development of a BZD withdrawal record; support groups for BZD users and house visits. It was found that minimal interventions, elaborated for the withdrawal of BZD, were effective, as 45% of the research participants had already accomplished total withdrawal of the medication. Therefore, it is evaluated that the BZD withdrawal action focusing on patients and teams, simultaneously, was capable of acting on the relationship between them, and treating the dependence on a relational, and not an individual, level. What is called medicalization of the social, or medicalization of life, in this study was dealt with as medicalization of the relationship between FHS team and patients.

Keywords: Gender; Mental Health; Family Health Strategy; Benzodiazepines

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentagem de mulheres e homens atendidos por ESF e mulheres e homens usuárias(os) de BZD, por equipe.	71
Gráfico 2. Porcentagem de especialistas responsáveis pela primeira prescrição de benzodiazepínico aos(as) usuários(as) das ESF.	76
Gráfico 3. Porcentagem de especialistas responsáveis pela primeira prescrição de benzodiazepínico aos(as) usuários(as), por equipe da Estratégia Saúde da Família.	77
Gráfico 4. Porcentagem de especialistas responsáveis pela prescrição atual de benzodiazepínico aos(as) usuários(as) das ESF.	78
Gráfico 5. Porcentagem de especialistas responsáveis atualmente pela prescrição de benzodiazepínicos aos usuários, por equipe da estratégia saúde da Família.	79
Gráfico 6. Comparação entre profissionais que foram primeiro prescritores de BZD e profissionais que são os prescritores atuais.	80
Gráfico 7. Porcentagem do estado civil de mulheres antes do uso de BZD e, atualmente.	84
Gráfico 8. Porcentagem do estado civil de homens antes do uso de BZD e, atualmente.	84
Gráfico 9. Comparação (%) da escolaridade entre mulheres e homens antes de usar BZD e no momento atual.	85
Gráfico 10. Situação de emprego de mulheres antes de usar BZD e, atualmente.	86
Gráfico 11. Situação de emprego de homens antes de usar BZD e, atualmente.	87

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Foto de capa de prontuário em uma das ESF pesquisadas, de Ionara Rabelo, em 28/03/2011, durante reunião para estudo de caso.	82
Figura 2. Percursos construídos para a “Pessoa Alcoólatra”, nas ESF.	91
Figura 3. Percursos construídos para “Pessoa com mais de 60 anos” nas ESF.	93
Figura 4. Percursos construídos para “Pessoa com doença sexualmente transmissível”, nas ESF.	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil das Equipes de Saúde da Família selecionadas para o estudo.	69
Tabela 2. Porcentagem de participantes com base no sexo e etnia e média de residentes e cômodos, por domicílio, e por cidade.	70
Tabela 3. Porcentagem de participação em grupos, na comunidade, por cidade.	70
Tabela 4. Porcentagem de utilização dos principais meios de transporte, por cidade.	71
Tabela 5. Resultados da comparação por sexo, sobre a taxa de prevalência (x 100) de usuários de benzodiazepínicos, através de Teste de Proporção e Intervalo de Confiança- IC 95%.	72
Tabela 6. Porcentagem de usuários e usuárias de ansiolíticos atendidos nas ESF, por tipo de medicamento, em cada ESF.	73
Tabela 7. Médias e Teste Estatístico da Idade e anos de uso dos participantes em função do sexo.	74
Tabela 8. Média de idade e Média de anos de uso de ansiolíticos (diazepam e clonazepam) dos participantes, em função dos sexos dos participantes, separados de acordo com as equipes de saúde da família.	75
Tabela 9. Porcentagem de consultas de retorno ao ano, com prescritor(a) principal, por especialidade médica.	80

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS- Agentes Comunitários de Saúde
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BZD- Benzodiazepínicos
CAPS- Centros de Atenção Psicossocial
CID 10- Código Internacional de Doenças
DST- - Doença Sexualmente Transmissível
ESF- Estratégia Saúde da Família
GC- Grupo Controle
GI- Grupo Intervenção
HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS- Organização Mundial de Saúde
ONU- Organização das Nações Unidas
OS- Organizações Sociais
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH- Política Nacional de Humanização
PPA- Plano Plurianual
PSF- Programa de Saúde da Família
REM- Rapid Eyes Movement
RGD- Redução Gradual das Doses
SDNR- Serviço Doméstico Não Remunerado
SRT- Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS- Sistema Único de Saúde
TCC- Terapia Cognitivo Comportamental
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH- Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TMC- Transtornos Mentais Comuns
TPM- Tensão Pré-Menstrual
UN- INSTRAW - United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
CAPÍTULO I- CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	21
1.1 Desafios enfrentados na atenção à saúde mental	25
1.2 Delineando o objeto de pesquisa	28
CAPÍTULO II- O RECORTE DE GÊNERO NA INTERFACE DA SAÚDE COLETIVA E SAÚDE MENTAL	31
2.1 Transversalizando gênero entre as práticas de saúde	33
2.2 Atenção à saúde da mulher, no Brasil	36
2.3 A perspectiva de gênero, nas práticas de atenção à saúde mental	40
CAPÍTULO III- O USO DE ANSIOLÍTICOS NAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	45
3.1 Meta-análises sobre descontinuação do uso de ansiolíticos	51
3.2 Estudos relacionados à retirada da medicação ansiolítica	52
CAPÍTULO IV- METODOLOGIA	57
4.1 Objetivo geral	59
4.2 Objetivos específicos	59
4.3 Primeira etapa da pesquisa	60
4.3.1 Caracterização do campo e descrição dos participantes da pesquisa	60
4.3.2 Instrumentos	61
4.3.3 Descrição dos Procedimentos	62
4.4 Segunda etapa da pesquisa	64
4.4.1 Participantes	65
4.4.2 Instrumentos e materiais utilizados	65
4.4.3 Descrição dos Procedimentos	66
CAPÍTULO V- ANÁLISE DOS DADOS DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA	69
5.1 O tratamento com ansiolíticos, nas equipes da ESF pesquisadas	69
5.2 Dados sócio-demográficos dos/das usuários(as), em relação ao tempo de uso de ansiolíticos	83
5.3 Hábitos de saúde e vulnerabilidade social dos(as) usuários(as)	88
CAPÍTULO VI- ANÁLISE DOS DADOS DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA	90
6.1 Reuniões com equipes, para sensibilização em gênero e saúde mental, devolução dos dados quantitativos e construção do protocolo de retirada de BZD	90
6.1.1 Sensibilização em gênero e saúde mental, através da dinâmica “Percurso”	90
6.1.2 Discussão sobre os dados quantitativos com cada ESF	97
6.1.3 Construção da proposta de intervenção para retirada de BZD	104
6.2 Acompanhamento das ações em saúde das ESF, para retirada de BZD	109

6.2.1 Grupos de discussão para sensibilização em saúde mental e gênero	109
6.2.2 Protocolo de intervenção para retirada de BZD	119
6.2.3 Estudos de caso	127
6.2.4 Avaliação final das equipes	134
CAPÍTULO VII- REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A PESQUISA-AÇÃO	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais da ESF	168
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários/as ESF	170
APÊNDICE C- Questionário da Pesquisa	172
APÊNDICE D- Folha de Respostas para dinâmicas de grupo	175
APÊNDICE E- Folha de resposta para análise dos dados quantitativos	176
APÊNDICE F- Textos para discussão na oficina para desenvolvimento do protocolo para retirada de BZD	177
APÊNDICE G – Material utilizado nas dinâmicas de grupo	185
APÊNDICE H- Modelo de carta informativa para pacientes da ESF	186
APÊNDICE I - Modelo de carta informativa para especialista	188
APÊNDICE J - Protocolo para retirada de BZD	190

APRESENTAÇÃO

As questões abordadas nesta pesquisa fazem parte das preocupações que sempre acompanharam a minha trajetória profissional, fazendo-me questionar que cuidado estava sendo propiciado por uma equipe, que se acomodava diante da prescrição prolongada de ansiolíticos, para uma grande parcela de pacientes.

Por mais de dez anos, trabalhei na rede de saúde mental de Goiânia. Nos primeiros anos, de 1994 a 2000, atuei dentro de um hospital psiquiátrico tradicional, e, a partir de 2000, passei a fazer parte da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, para transtornos mentais, nessa mesma cidade. Nesses espaços, pude acompanhar os embates entre diferentes campos do saber e práticas de cuidado, pois, no que concerne ao uso de medicamentos psicotrópicos, hora os mesmo apareciam como peça fundamental para o tratamento, e hora, como coadjuvante. Nesse processo, percebi que muito do que estava em jogo, quando se tratava da perspectiva de trabalho, ou seja, se ela seria mais, ou menos, medicalizante, dependia das relações construídas, dentro da equipe e entre equipe e usuários(as) dos serviços.

Dos questionamentos surgidos, dentro da experiência no CAPS, foi possível iniciar uma aproximação com essa pesquisa. Isso se deu, através do Mestrado em Psicologia, quando estudei a relação entre práticas profissionais e bem-estar físico e psíquico de trabalhadores de serviços de saúde mental de Goiânia. Nesse momento, já percebia as dificuldades enfrentadas por trabalhadores e trabalhadoras, para implementar uma atenção psicossocial (RABELO; TORRES, 2005, 2006).

Foi a partir do trabalho, no CAPS, que pude desenvolver minha primeira experiência de matriciamento com profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e mulheres em situação de sofrimento psíquico (RABELO; TAVARES, 2008). A intervenção iniciou quando uma das enfermeiras da ESF buscou-nos para auxiliá-la com os casos de saúde mental de sua equipe. Ao começarmos as primeiras discussões, percebemos que havia um grande número de mulheres que demandavam a repetição da receita de ansiolíticos, na unidade de saúde.

Foi realizado o levantamento dos prontuários de duas equipes da ESF, para localizar mulheres que faziam uso continuado de ansiolíticos. Foram encontradas cinquenta e sete (57) mulheres. Esse uso variava de seis meses a quinze anos.

Foi proposto aos(às) agentes comunitários de saúde (ACS) que realizassem visitas domiciliares a essas mulheres e tentassem compreender os motivos que as levaram à

utilização de forma continuada dos ansiolíticos. Após as visitas, propuseram-se reuniões semanais com as ESF, para discussão dos casos visitados. Com as discussões de cada caso, percebeu-se que dos olhares iniciais de interrogação, os(as) ACS passaram a compreender a dimensão do sofrimento psíquico, para além de um dispositivo, meramente, biológico. Muitos(as) ACS sentiram-se responsáveis por fazer novas visitas domiciliares e buscar olhar, para aquelas mulheres, com o objetivo de conhecê-las, e não apenas anotar a situação de saúde-doença. A partir desse momento, as discussões tornaram-se mais ricas, acrescentando as dimensões subjetivas, sociais, culturais e políticas, na produção do sofrimento psíquico.

A partir desses encontros, surgiu a proposta de criação de um grupo de mulheres que pudessem discutir o uso do ansiolítico, dentro do contexto social e afetivo, buscando compreender o adoecer sobre pilares outros, que não só o modelo biomédico. Esses grupos existiram por mais de dezoito meses, entre 2006 e 2007, funcionando, semanalmente, com uma média de dez pessoas por grupo. Cada grupo foi atendido, no decorrer de quatro meses. O planejamento e avaliação dos encontros foram feitos, também, semanalmente, com a presença de toda a equipe da ESF, com exceção dos(as) médicos(as) que estavam sendo contratados. Por ser uma das regiões mais distantes do centro da cidade, há uma alta rotatividade do profissional da medicina, e, mesmo trabalhadores concursados, pedem remoção para outras unidades de saúde, assim que encontram oportunidade.

Tal experiência proporcionou a oportunidade de trabalhar gênero, enquanto uma ferramenta para análise das situações de sofrimento vivenciadas, tanto por estas mulheres atendidas, como pelas próprias ACS. Ressalta-se que num grupo de dez ACS, havia apenas um trabalhador do sexo masculino e, dentre as ACS, uma também fazia uso continuado de ansiolítico, mas entre a maioria foi relatada a sensação de estarem falando de suas próprias histórias quando discutia-se cada um dos casos (RABELO; TAVARES, 2008).

Percebeu-se que o uso do ansiolítico servia para calar a indignação com relação aos maridos que não as respeitavam, calar as dificuldades financeiras, calar a culpa por não conseguir cuidar dos filhos, calar a falta de prazer nas relações comunitárias, calar o desemprego, calar a dor por serem vítimas de preconceito por serem pobres ou negras ou por morarem em periferia, calar a desvalorização que sofriam ao assumir os papéis de mulher trabalhadora, dona de casa, mãe, esposa, amante, avó e filha-cuidadora. E o que mais impressionou às pesquisadoras foi que perceber que tal estratégia, também fazia com que todos os profissionais envolvidos, também, se calassem. O uso do ansiolítico, ou a convivência com a prescrição continuada do mesmo, servia para calar a frustração, diante de dimensões de atuação, embasadas no modelo biomédico (RABELO; TAVARES, 2008).

Das inquietações provocadas pela experiência acima descrita, e, principalmente, pelos retornos positivos que foram dados por ambas as equipes de ESF, surgiu o interesse em continuar a pesquisar, no doutorado, as relações que acompanham o uso prolongado de benzodiazepínicos.

Para conseguir as drogas psicotrópicas ansiolíticas, necessita-se da prescrição por parte de um profissional da medicina, ou através de compras ilegais, sem a prescrição. No Brasil, uma parte significativa da população tem acesso a tais medicamentos, com prescrição, por meio dos serviços de saúde, principalmente, os serviços ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso, a importância em investigar a prescrição de tais medicamentos, na Estratégia Saúde da Família (ESF), presente em 93% dos municípios brasileiros e responsável pela cobertura de 57% da população brasileira, em 2011 (BRASIL, 2011a).

É importante destacar que o acesso à prescrição de medicamentos ansiolíticos, também, dá-se pelos cidadãos que têm planos de saúde, e de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, 2011b), a parcela da população com acesso aos serviços de saúde privados é de 24,4%, mas este estudo não abrangerá tal grupo.

As demandas por alívio do sofrimento apresentam-se, cotidianamente, diante das equipes de saúde, sejam elas da rede pública ou privada. Responder a tais demandas sem se apoiar, exclusivamente, num modelo biomédico de prática de saúde é o desafio que se coloca a tais equipes. Considera-se, também, como desafiadora a possibilidade de que tais práticas possam ser investigadas à luz da perspectiva de saúde mental, embasada nos princípios da reforma psiquiátrica e dos estudos de gênero. A idéia de acrescentar os estudos de gênero, para investigar as práticas de saúde, surge a partir do posicionamento dessa pesquisadora, desde as primeiras experiências matriciadoras em saúde mental, assim como, dentro do próprio CAPS, quando discutiu-se como a prática da equipe envolvida, também, poderia desencadear a repetição alienadora de papéis de gênero, e que, por conseguinte, gerariam sofrimento psíquico.

Nesse estudo, tem-se a categoria gênero como central para construir a metodologia de pesquisa-ação e, também, como categoria analítica. Sendo assim, com o objetivo de aprimorar a operacionalização do conceito de gênero, foi realizado, no decorrer do doutorado, um estágio no *United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women* (UN- INSTRAW), localizado na República Dominicana, no período de 01 de março de 2010 a 28 de maio de 2010.

Durante o estágio, foi possível conhecer as estratégias desenvolvidas pelas agências da Organização das Nações Unidas (ONU), para trabalhar com Violência baseada em Gênero,

em situações de desastres e ajuda humanitária, bem como analisar políticas públicas através da transversalização de gênero.

A pesquisa-ação aqui proposta irá utilizar a sensibilização em gênero com profissionais das ESF. Esta perspectiva embasa-se em uma compreensão analítica de gênero, ressaltando as relações de poder, socialmente constituídas entre homens e mulheres e que são a base para a posição de subordinação que as mulheres ocupam na sociedade (UNITED NATIONS, 2009).

Esse trabalho apresenta um estudo sobre as interfaces entre saúde mental e gênero, a partir da análise das práticas de cuidado e medicalização desenvolvidas por profissionais de equipes da estratégia saúde da família (ESF). Para esse estudo, fez-se o recorte da prescrição dos ansiolíticos, do tipo benzodiazepínicos, por serem os mais utilizados pela população.

Para estruturar o percurso desse estudo, esse trabalho está dividido em sete capítulos. Os três primeiros, teóricos, o quarto, descreve a metodologia da pesquisa e os três últimos discutem os resultados.

O primeiro capítulo traz os desafios que equipes da atenção básica de saúde e da saúde mental têm enfrentado, na implementação de um paradigma de cuidado amparado no vínculo entre equipes e comunidade, buscando a integralidade das ações e autonomia de usuários(as) do SUS. Na interlocução entre ambas as equipes, constroem-se importantes tensionamentos, para se pensar as práticas de cuidado, implementadas na saúde pública. E, a partir desse pano de fundo, delinea-se o objeto de pesquisa.

A busca por compreender o recorte de gênero, na interface saúde coletiva e saúde mental, será o mote do segundo capítulo. Partindo de uma breve conceitualização de gênero, levanta-se essa categoria dentro das práticas de saúde, os cuidados com a saúde da mulher, e por fim, como gênero aparece, no campo da saúde mental.

No terceiro capítulo, será discutido o uso de ansiolíticos, nas práticas de atenção à saúde mental, enfocando os principais estudos relacionados à retirada desse tipo de medicamento.

O quarto capítulo apresenta a metodologia de pesquisa-ação que se inicia com um levantamento de prontuários, e, portanto, utiliza uma metodologia quantitativa para a coleta e análise dos dados. Logo em seguida, esses dados são compartilhados com as equipes, e desencadeia-se o processo de discussão das práticas de cuidado e prescrição de BZD, com base nas questões de gênero. Esses dois momentos da pesquisa-ação foram nomeados de forma didática, como primeira, e segunda etapas da pesquisa, apenas para facilitar a compreensão do estudo.

Para a discussão dos resultados, optou-se por apresentá-los em separado, conforme a divisão feita, na parte de metodologia. Assim, o quinto capítulo apresenta a análise da primeira etapa da pesquisa, quando se analisa os dados quantitativos. No sexto capítulo, discutem-se as intervenções, com base em gênero, que ocorreram, na segunda-etapa do estudo. Por fim, no capítulo sete são debatidos os principais achados dessa pesquisa e, as reflexões críticas advindas da pesquisa-ação.

Espera-se que o percurso aqui proposto possa não apenas descrever um estudo realizado, para cumprimento de uma pesquisa de doutorado. O que hora apresenta-se são subsídios para repensar-se as práticas clínicas desenvolvidas no SUS, os desafios, cotidianamente, vivenciados e as possíveis estratégias, para se confrontar certezas históricas.

CAPÍTULO I- CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Desde a década de oitenta, o Brasil tem proposto mudanças fundamentais, no sistema de saúde, como a reforma sanitária, seguida pela constituição do Sistema Único de Saúde, com enfoque na atenção básica e na descentralização da gestão. Esse percurso tem convocado uma participação social mais efetiva, seja através das Conferências de Saúde, ou mesmo, através dos Conselhos de Saúde. Tais modificações têm em sua base um paradigma de atenção à saúde focado na comunidade, e busca o estabelecimento de vínculos entre equipes de saúde e usuários, promovendo autonomia e visando a subverter o modelo biomédico dos sistemas de saúde.

Estas transformações promoveram mudanças, não apenas na gestão e financiamento do sistema de saúde, mas, principalmente, na oferta dos serviços que antes existiam, exclusivamente, na esfera federal e, atualmente são de responsabilidade das esferas estaduais e municipais (BODSTEIN, 2001). De acordo com essa autora, a partir de 1994, o governo federal elege o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para mudar o modelo de assistência à saúde, a partir da reorganização da atenção básica em saúde. O referido modelo passa a funcionar, com base no princípio da vinculação da população a uma equipe do PSF, onde a assistência é prestada, a partir do diagnóstico de necessidades da comunidade, da família e do domicílio, e, ainda, da organização da demanda e da realização de atividades de promoção e prevenção à saúde.

Com a priorização do PSF, houve a necessidade de re-orientar os investimentos na atenção em saúde. Sendo assim, implantou-se um modelo de sistema de saúde a ser gerido dentro de cada município, e, portanto, sujeito à heterogeneidade dos serviços já existentes e às desigualdades sociais de cada região. O mesmo passou a nomear-se como Estratégia Saúde da Família (ESF).

De acordo com Conill (2008), as análises sobre o impacto da implantação de ESF, sobre indicadores de saúde, demonstram a complexidade desta relação, pois alguns estudos demonstraram que a comparação entre áreas cobertas e descobertas, pelas unidades de ESF, em municípios nordestinos, não resultou em alteração, na saúde infantil. Os estudos, nos grandes centros urbanos, demonstraram como o desenvolvimento urbano e o processo de favelização são fatores que obstaculizam as ações de promoção de saúde das ESF.

A mesma autora afirma que houve uma confluência de fatores que contribuíram, para o surgimento do PSF. Já havia a experiência bem sucedida do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), na região nordeste do Brasil, que permitiu um ganho político

quando foi implantado, bem como havia a falta de perspectivas, para a assistência à saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os dados do Ministério da Saúde indicavam que, em 2008, existiam cerca de 30 mil ESF implantadas no Brasil. Contudo, seria necessário, no mínimo o dobro, para que a atenção primária atingisse ao menos 80% da população brasileira (CAMPOS, 2008). Em março de 2011, o Ministério da Saúde divulgou que a ESF já era responsável pela cobertura de 52,8% da população brasileira (BRASIL, 2011a). Porém, não é possível pensar na melhoria do sistema de saúde brasileiro, desconectado dos investimentos financeiros no mesmo. Enquanto o Brasil, no ano de 2003, tinha um gasto público com saúde de, aproximadamente, 153 dólares por habitante, países como Canadá, Reino Unido e EUA apresentavam, respectivamente, 1.886, 2.081 e 2.548 dólares *per capita* (BRASIL, 2006a). Os investimentos, na área de saúde, não são o único, nem o principal problema deste setor. Avaliações dos serviços demonstraram as dificuldades dos profissionais em trabalhar em equipe, bem como a falta de uma compreensão subjetiva do adoecimento.

Um segundo ponto de embate são os processos de gestão dos serviços, que são verticais e burocráticos, não se reconhecendo como co-produtores de saúde. Dessa forma, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), nomeada como HumanizaSUS, cujo objetivo era o de desencadear diferentes ações de cuidado e participação social, nos diversos níveis de gestão do SUS. Compreende-se como humanização o reconhecimento e valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no cuidado à saúde. A PNH visa a envolver estes diferentes atores (gestores, profissionais e usuários), na produção coletiva de processos de saúde, fomentando autonomia, protagonismo e criação de vínculos solidários (BRASIL, 2004a).

A política de humanização enfatiza a importância do trabalho em rede, com equipes multiprofissionais e busca alterar processos de trabalho que incluem (BRASIL, 2004a):

- Redução de filas e tempo de espera, atendimento acolhedor e resolutivo, utilizando classificação de riscos.
- Responsabilização da equipe sobre seu território e usuários.
- Compartilhar informações com usuários e acolher sua rede social, bem como respeito aos direitos dos usuários.
- Garantir a gestão participativa e educação permanente aos trabalhadores.

Dentre as diretrizes para a implantação da PNH, estão o estímulo à construção de práticas resolutivas e racionalização do uso de medicamentos, ênfase ao conceito de clínica

ampliada, considerando a construção de projeto terapêutico individualizado, por parte da equipe e direcionado para o sujeito, seu processo de adoecimento, sua família e o contexto em que vive. O PNH também reforça a preocupação com a sensibilização das equipes para o acolhimento e encaminhamento dos casos de violência intrafamiliar (crianças, mulheres e idosos) e questões que envolvem preconceito (sexual, racial, religioso e outros), acrescida da preocupação com a adequação do serviço à realidade cultural local e promoção de uma ambiência de qualidade (BRASIL, 2004a).

No âmbito da atenção básica, as ações do HumanizaSUS estão voltadas para a identificação de pessoas e/ou famílias em situação de vulnerabilidade, adoecimento e/ou sofrendo algum tipo de discriminação e, ainda, promover a construção de cuidados que envolvam as famílias, comunidade e redes intersetoriais e equipe de saúde. Tais cuidados englobam: garantir que critérios de risco sejam norteadores do acolhimento e não a ordem de chegada; promover discussão de casos e solicitar apoio de outros profissionais; agendar visitas domiciliares e garantir retornos periódicos; realizar atendimentos em grupo ou outras práticas que busquem qualificar o cuidado; articular com outros níveis de atenção a responsabilidade sobre a atenção em saúde (BRASIL, 2009).

Ao mesmo tempo em que ocorrem as modificações, no campo da atenção básica, com a reforma psiquiátrica brasileira, a área da saúde mental também constrói uma política pública com ênfase na implementação de uma rede de serviços extra-hospitalares que busca proporcionar uma atenção à existência-sofrimento e não apenas à doença. Na saúde mental, esta mudança paradigmática promove uma transformação do modelo de atendimento, que antes era de enfoque prioritariamente hospitalar e passa a investir numa rede de serviços comunitários. Tais redes incluem os Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Cooperativas de Trabalho e Centros de Convivência, bem como outras estratégias como o Hospital-dia, Enfermarias Psiquiátricas em Hospitais Gerais, Programa de Volta para Casa, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2001, 2002, 2004b, 2005, 2008). Esta inversão é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como exemplo de Política de Saúde Mental que pode provocar um impacto significativo, em um país com tantos estados e municípios, com diferentes características sócio-demográficas e epidemiológicas (WHO, 2004). Mas, para além da implantação de serviços, a política de saúde mental brasileira traz em seu cerne problematizações importantes, sobre o sofrimento psíquico e as teorias que o enredam.

No contexto brasileiro, desde a década de 90, uma das mudanças significativas desse processo foi a implantação fomentada, pelo Ministério da Saúde, dos serviços substitutivos

em saúde mental, denominados Centros de Atenção Psicossocial, conhecidos pela sigla CAPS (BRASIL, 2005). Até o final de 2010, o Ministério da Saúde implantou, aproximadamente, 1620 CAPS, em todo Brasil, totalizando 66% de cobertura, ou seja, 0,66 CAPS, para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2011c). Para detectar a necessidade de expansão da rede, a proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) é de um CAPS para cada 100.000 habitantes. Porém, o critério populacional não deve ser o único para se planejar a rede de saúde mental, cabendo ao gestor local, junto a outras instâncias, planejar os dispositivos que melhor atendam à população local.

De acordo com Andreoli et al (2007), de 1995 a 2005, o Brasil reduziu em 41% o número de leitos psiquiátricos, passando de 5,4 leitos para 3,2 leitos por 10.000 habitantes, um número considerado adequado por estes autores, ao se considerar estes mesmos indicadores, sendo estimados em torno de 1,7 leitos, no mundo, e de 2,6, nas Américas. Os autores dessa pesquisa consideram que houve um aumento na oferta de diferentes modalidades de tratamento em saúde mental, bem como, acesso gratuito aos psicotrópicos. Porém, a cobertura dos serviços ainda é deficitária. Com relação às equipes de saúde mental, em 2005, para cada parcela de 10.000 habitantes, existiam 0,3 psiquiatras, 1 psicólogo e 0,7 assistentes sociais e a inexistência de enfermeiros psiquiátricos. Porém, esta distribuição não é a mesma, em todo território nacional, havendo uma maior concentração de profissionais e serviços, na região sudeste do país.

É importante ressaltar que, no ano de 2006, aconteceu uma inversão histórica dos gastos do Programa de Saúde Mental do Governo Federal. Nesse ano, os gastos extra-hospitalares foram maiores que os gastos com hospitais, demonstrando a reorientação do financiamento, nesta área. Em 2009, esta inversão mantém-se chegando a 67,71% dos gastos aplicados à rede extra-hospitalar e 32,29% para gastos hospitalares (BRASIL, 2011c).

De acordo com o relatório do *Global Forum for Health Research* (2008), os investimentos para pesquisa em saúde, em 2007, ainda são insuficientes para a maior parte dos países em desenvolvimento, podendo-se utilizar a expressão “10/90 gap”, criada após 1990, para expressar a desproporção entre a quantidade de investimentos destinados à magnitude do problema em saúde. Ou seja, a alocação insuficiente de investimentos em pesquisas no setor saúde, principalmente, nas áreas de doenças não transmissíveis e sobre os determinantes sociais que agem no sistema saúde, têm dificultado a implementação de políticas públicas eficazes. Portanto, não só a implantação de serviços, mas, principalmente, a avaliação do impacto dos mesmos, é de suma importância ao se pensar uma política de saúde mental brasileira. De acordo com avaliação realizada pela Organização Mundial de Saúde

(WHO, 2006), em regiões como na América Latina, investimentos entre 7 e 9 dólares por habitante seria o bastante, para garantir o acesso ao tratamento de saúde mental com base em serviços comunitários.

1.1 Desafios enfrentados na atenção à saúde mental

As transformações acima citadas demonstram como a lógica do território, da comunidade e da família passam a transversalizar as ações em saúde coletiva. Portanto, ESF e CAPS iniciam seu trabalho dividindo não apenas os mesmos princípios, mas, principalmente, passam a direcionar suas ações para as mesmas comunidades localizadas em sua área de abrangência de atendimento. Tal fato propõe para gestores e profissionais do sistema público de saúde, novos desafios ao compartilhar planejamento, diagnóstico e intervenções em uma comunidade, objetivando um funcionamento que integre as duas equipes: ESF e CAPS.

No encontro entre profissionais da ESF e CAPS, um primeiro aspecto a ser problematizado diz respeito aos processos de medicalização dos fenômenos sociais. É importante destacar que os processos de medicalização da vida têm sido debatidos, há várias décadas, propondo refletir sobre como as relações em sociedade têm sido invadidas pelas tecnologias em saúde, desqualificando as práticas de cuidados, culturalmente, compartilhadas (ILLICH, 1975). Essa desqualificação termina por influenciar a forma como os grupos enfrentam a dor, o envelhecimento e a morte. E mais, atualmente, a medicalização da vida tem impactado também o universo da infância com um crescente número de crianças sendo diagnosticadas e medicadas cada vez mais cedo (BOARINI; BORGES, 2009). Dessa forma, percebe-se que o uso de medicamentos afeta diferentes grupos. Mas, neste estudo, será tomado apenas o impacto dessas práticas entre homens e mulheres adultos.

Com relação ao processo de medicalização, é importante destacar as reflexões de Rodrigues (2003) que não nega a eficácia das medicações psicotrópicas, mas questiona o uso que se faz das mesmas, na atualidade. Este autor alerta para os processos de infantilização, segregação e culpabilização que podem ser produzidos, na prática clínica de prescrição de psicotrópicos, quando o médico prescritor não analisa condições sociais e políticas produtoras de sofrimento. Também afirma a importância da psiquiatria analisar, mais seriamente, as forças históricas implicadas no processo de fomento de consumo e de convite à produção de um saber, meramente instrumental, focado na eficácia do ser humano.

Ludemir (2008) destaca que há problematizações importantes a serem feitas, no campo da saúde mental, que deveriam observar as categorias classe social e gênero, como

fontes de sofrimento. Ressalta que, na maioria das vezes, os fatores sociais como escolaridade, emprego, renda e gênero têm sido invisibilizados, tanto pelos serviços de saúde, como pelos gestores do sistema, na formulação das políticas públicas em saúde mental.

Mas, apenas a implementação de serviços não é sinônimo de transformação do modelo de atenção em saúde. Inúmeros embates vêm ocorrendo em diferentes frentes, para fortalecer o SUS, planejado na década de 80. Em diferentes estados do Brasil, percebe-se como a gestão do SUS tem atendido mais a interesses de uma política de governo que a uma política de Estado. Sendo assim, mudam os gestores, mudam os interesses e a forma de condução da gestão permanece sem investimentos efetivos na área da saúde. Um exemplo destes embates tem sido as discussões provocadas pela transferência da gestão de serviços públicos para Organizações Sociais (OS), instituídas pela Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998. Essa lei prevê que as entidades gestoras de serviços de saúde (OS) passem a contratar pessoal, sem concurso público, realizar compras sem licitação e vender serviços, para a iniciativa privada. Tudo isso com a estrutura física, recursos humanos e econômicos repassados pelo setor público. Desde 1998, há um processo no Superior Tribunal Federal que pede a inconstitucionalidade dessa lei, mas, desde então, sabe-se que já criaram mais de 300 OS em todo o Brasil, muitas ligadas ao setor saúde. Isso tem provocado a terceirização dos cuidados de saúde, com enfraquecimento dos vínculos entre profissionais e clientela.

No âmbito da atenção à saúde, existem dificuldades importantes, tanto na interlocução entre saúde mental e atenção básica, como na implementação de práticas de cuidado. Com relação às ESF, uma primeira dificuldade diz respeito à identificação e manejo de questões relacionadas à saúde mental (FILHO; ROCHA; FRANÇA, 2006; JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009; SILVEIRA; VIEIRA, 2009). Os atendimentos em saúde mental não são anotados em prontuários nas ESF e as equipes têm dificuldade em elaborar projeto terapêutico individual e ou familiar e, com frequência, fazem encaminhamentos para a rede especializada (LUCCHESI et al, 2009). Por outro lado, há uma maior sensibilidade por parte dessas equipes, em identificar o sofrimento social articulado ao sofrimento psíquico (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009). Já nas equipes de CAPS, o desafio é não recair nas práticas do modo asilar, paradigma hegemônico até o momento (COSTA-ROSA, 2000; RABELO; TORRES, 2006) ou mesmo o que alguns chamam de nova cronicidade dos serviços (PANDE; AMARANTE, 2011).

Mesmo entre trabalhadores de ESF, que já estão atuando, percebe-se que fazem uma dicotomia entre o campo da saúde física e, o da saúde mental e chegam a argumentar que não atuam, nesse segundo campo. Como exemplo, tem-se a pesquisa realizada com ESF da cidade

de Salvador, onde Nunes, Jucá e Valentim (2007) perceberam que os profissionais acreditam que não estejam desenvolvendo ações em saúde mental, atribuindo como motivos: desconhecimento sobre a reforma psiquiátrica, falta de capacitação (chegam a verbalizar, que se sentem impotentes e frustrados), não identificação dos problemas de saúde mental como prioridades, falta de condições de atendimento, na ESF, e falta de rede de apoio.

Desde 2008, o Ministério da Saúde tem buscado apoiar ações conjuntas entre ESF e CAPS, através da lógica do matriciamento, com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008). Tais núcleos, compostos por diferentes categorias profissionais, teriam como objetivo apoiar, trabalhar em conjunto e compartilhar conhecimento com as ESF. Outra estratégia, para apoio das ações em saúde mental, financiada pelo Governo Federal são as supervisões clínico-institucionais de CAPS e de Redes de Saúde Mental (álcool e outras drogas), que, até o momento, já contabilizaram 753 projetos aprovados em todo o Brasil (BRASIL, 2011c).

Dentre as experiências de matriciamento em saúde mental, já iniciadas em várias cidades do país, vale destacar o relato de Barban e Oliveira (2007). Esses autores avaliaram que houve uma melhora do trabalho das equipes de ESF, impactando a saúde mental das mesmas, diminuindo os encaminhamentos aos serviços secundários, aumento do trabalho em rede intersetorial, e, principalmente, estímulo ao trabalho em equipe e atuação em coresponsabilidade, entre equipe de saúde mental e profissionais da ESF.

Sendo assim, o que se apresenta como realidade, no momento desse estudo, seria um sistema de saúde, no Brasil, tendo como norteadores da gestão uma política de atenção universal, integral, equitativa, descentralizada, com enfoque territorial e participação social. Nesse sentido, saúde coletiva e saúde mental compõem um cenário onde as estratégias de atenção encontram-se dentro de uma mesma rede de atenção à saúde.

De acordo com a proposta do SUS, tanto os CAPS, como também as ESF têm como responsabilidade o desenvolvimento de ações conjuntas em saúde mental, que serão desenvolvidas, no território onde, não só habitam os possíveis clientes do SUS, mas, principalmente, onde ocorre a vida de relação dos mesmos. O termo ações em saúde mental é bastante amplo, podendo referir-se às ações voltadas para os transtornos mentais nomeados no Código Internacional de Doenças (CID-10), bem como, intervenções focalizadas nos fenômenos subjetivos, ligados à condição de saúde geral ou vinculadas ao sofrimento psíquico, relacionado às relações sociais. Esse último refere-se aos sofrimentos cotidianos, que aparecem na forma de dores inespecíficas, nervosismo, insônia, dores de cabeça e estômago, irritabilidade, choro fácil, isolamento social, e outros. Isso faz com que as pessoas

busquem na unidade de saúde, uma solução/alívio para o sintoma. Por essas razões, esse estudo irá focar o sofrimento psíquico cotidiano que tem sido medicalizado com BZD, nas unidades de saúde da família. Portanto, serão nomeadas de ações em saúde mental, as estratégias a serem construídas pela equipe, para lidar com esse sofrimento subjetivo.

Ações de saúde mental, no território, devem priorizar não só a capacitação das ESF, mas, principalmente, fortalecer a rede de atenção em saúde, aproximando CAPS das ESF, promovendo supervisões continuadas, para que as equipes apropriem-se de estratégias de cuidado, na área da saúde mental (MATEUS et al, 2008). O desafio colocado a esses serviços é que possam pautar e discutir saúde mental, sob enfoques epistêmicos diversos e, não apenas, a partir do modelo biomédico. Nesse sentido, é válido destacar que a experiência de trabalho vivida no CAPS, já detalhada na apresentação desse trabalho, proporcionou uma primeira vivência da estratégia de matriciamento, que originou o problema de pesquisa que será apresentado neste estudo.

1.2 Delineando o objeto de pesquisa

Foi a partir da lógica que embasa o matriciamento, e também a que embasa a Política Nacional de Humanização, que começou a gestar-se o interesse pela presente pesquisa, tendo como um dos objetivos, compreender como as relações entre profissionais das ESF e comunidade produziam diálogos e práticas de saúde, com enfoque, no adoecimento psíquico, tendo em vista a quantidade de pessoas, principalmente mulheres, usando medicação psicotrópica, em sua maioria ansiolíticos, por tempo indeterminado.

A entrada da ESF, na comunidade, possibilitou um maior acesso de grande parte da população aos serviços de saúde. Ressalte-se que as equipes de ESF tem sido implantadas em regiões onde os indicadores sociais (desemprego, escolaridade, violência) são os mais alarmantes. Tal fato chama a atenção, pois as ESF ao atuarem, no território, carregam em suas ações os modelos paradigmáticos da área da saúde. Por isso, tanto podem funcionar de forma fragmentada, visando a supressão do sintoma (modelo biomédico), quanto podem trabalhar em rede, para construir projetos terapêuticos que foquem na existência-sofrimento (modelo psicossocial).

As práticas de atenção à saúde das ESF, também são transversalizadas pelas questões de gênero, pois profissionais e usuários(as) trazem, para esta relação, as construções culturais e, de poder, que interpelam a sociedade.

Esse projeto passou a ser delineado, partindo do alto consumo de medicamentos ansiolíticos pelas mulheres, e considerando, também, o momento atual de entrada e consolidação da ESF e CAPS, nas comunidades, somados às problematizações que são trazidas pela abordagem de gênero. O recorte pensado, necessitava de um objeto que não se restringisse à produção de discursos, sobre o uso de ansiolíticos, que polarizasse a análise, ou seja, que investigasse apenas as percepções dos usuários dos ansiolíticos de um lado e, do outro os profissionais de saúde que mantêm a prescrição de ansiolíticos.

Desse modo, desenvolveu-se uma metodologia para esse estudo, que buscasse uma interlocução, tanto com usuários como com profissionais. Essa metodologia teve como objetivo, não apenas estudar as relações de gênero que contribuem para o uso de ansiolíticos, mas, principalmente, problematizar e empoderar¹ esses grupos, para que pudessem construir práticas de saúde mais críticas. Esse estudo caracteriza-se como uma pesquisa-ação, desenvolvida em duas etapas complementares: a primeira incluiu o levantamento de prontuários e análise do perfil dos/das usuários(as) de ansiolíticos, em quatro ESF de Goiânia e duas ESF de Assis; a segunda, incluiu uma intervenção, junto às equipes e usuários(as), com o objetivo de problematizar a prescrição continuada de BZD, por meio da transversalização de gênero.

Considera-se que desde a implantação dos CAPS, várias ações já foram desencadeadas, para pautar a temática de saúde mental, nas equipes da ESF. As referidas ações podem variar, desde momentos informais, como por exemplo o acompanhamento conjunto de casos, criação de grupos com participação de trabalhadores de ambas as equipes, referência e contra-referência, bem como, formas mais sistematizadas, como por exemplo, apoio matricial, capacitações, humanização da saúde, atuação de equipes do NASF. Dessa forma, considera-se, para esse estudo, que a temática da saúde mental não seja algo novo para trabalhadores da ESF, e que, portanto, já se defrontaram, mesmo que minimamente, com o discurso da saúde mental, pautado pela política brasileira de saúde mental. Por conseguinte, para esse estudo, serão eleitos trabalhadores da ESF e usuários destes serviços.

Nos serviços de saúde, já implantados são muitos os embates cotidianos: desafios de trabalho em equipe, desenvolver estratégias de atenção e construir novos modos de relacionamento com os/as usuários(as). Porém, em todos esses aspectos, pode-se detectar a categoria gênero, interferindo nas práticas de saúde de profissionais da ESF e CAPS. As relações que se estabelecem, nos processos de adoecimento e no atendimento de homens e

¹ Empoderar aqui significa promover um processo emancipatório para indivíduos, organizações e serviços, para que conquistem recursos que lhes garantam assumir o direito decisório sobre suas ações.

mulheres, principalmente, entre o corpo, o sofrimento e o enlouquecer masculino e feminino são permeados por construções históricas, determinadas pelas diferenças e desigualdades de gênero, poder, classe social e etnia/cor da pele, dentre outras.

Dessa forma, será necessário aprofundar o debate acerca de duas temáticas importantes, para o delineamento deste estudo: gênero e uso de ansiolíticos, nas práticas de saúde mental. Esses temas serão abordados nos dois capítulos a seguir.

CAPÍTULO II- O RECORTE DE GÊNERO NA INTERFACE DA SAÚDE COLETIVA E SAÚDE MENTAL

Antes de entrar na discussão, de como gênero interfere nos processos de adoecimento e práticas de saúde, é importante recuperar, um pouco, o percurso do desenvolvimento deste conceito como categoria de análise, no campo dos estudos feministas.

De acordo com Sorj (1992), os estudos feministas surgidos na década de 60 traziam em seu bojo duas premissas que são: o determinismo biológico não explica as diferenças sociais acerca do feminino e masculino; o poder é distribuído de forma desigual entre os sexos.

As teorias feministas que se desenvolveram ao longo das décadas seguintes incorporaram gênero como um conceito central, mais amplo que o conceito de patriarcado até então usado, na compreensão da dominação masculina, da opressão e subordinação feminina.

De acordo com Bruschini (1992,) ao eleger gênero como uma categoria de análise, os/as autores(as) passaram a introduzir novas perspectivas de análise em suas pesquisas, buscando, dentre outras questões, compreender como se constrói, cotidianamente, a organização social entre os sexos; como supera-se o determinismo biológico, na explicação da dominação masculina; e como ampliar-se o foco dos estudos, até então centrados na mulher, para a relação entre homens e mulheres.

No Brasil, a entrada dos estudos feministas na academia, ocorre a partir da década de 1970, sendo que, a maior parte da produção teórica inicial era de autoria de mulheres falando sobre mulheres. É só no final da década de 1980 e início de 1990 que começam a aparecer os estudos de gênero abordando a relação masculino e feminino (COSTA; BRUSCHINI, 1992).

Para Machado (1992), a primazia dos estudos de gênero sobre os chamados estudos acerca das mulheres, iniciados no final dos anos oitenta, revelou que o conceito de “papéis sociais” havia sido superado. Os estudos de gênero passaram a questionar o determinismo biológico e a ideia de espaços distintos, para discutir-se masculinidades e feminilidades, pautando-se no caráter relacional entre homens e mulheres. Tal fato propiciou uma situação inusitada, ou seja, no Brasil, ocorreu a existência simultânea das três configurações do pensamento feminista (KRISTEVA, 1979 citada por MACHADO, 1992) nomeadas como três gerações: a primeira propõe a igualdade entre homens e mulheres; a segunda busca a especificidade feminina (após os movimentos sociais europeus de 1968); e a terceira geração postula a multiplicidade de experiências, sejam elas masculinas ou femininas. Isto se dá porque a produção teórica feminista brasileira fortaleceu-se a partir dos anos oitenta, e não em

1960, como nos países europeus e Estados Unidos, fazendo com que no Brasil estas três gerações fossem contemporâneas.

Scott (1995) ao analisar as produções feministas, ressalta que os estudos que a princípio caracterizavam-se como estudos sobre mulheres, tinham um enfoque sobre a objetivação sexual da mulher, ou mesmo, sobre a dominação do corpo feminino através da reprodução sexual. Esses estudos terminavam por insistir na diferenciação biológica como produtora das desigualdades de gênero e não explicavam como esta construção ocorria. Só a partir dos anos setenta, os estudos sobre a mulher passaram, gradativamente, a adotar uma outra perspectiva de análise: a dos estudos de gênero. Nessa nova perspectiva, o conceito de gênero passa a ser usado como uma categoria menos ameaçadora que a categoria mulher, esta última de maior conotação política, por sua vinculação ao movimento feminista. Além de adotar gênero como categoria de análise, essa nova perspectiva questiona o determinismo biológico, na construção das diferenças percebidas entre os sexos, ainda, enfatiza a dimensão social e relacional das relações entre homens e mulheres e aponta para uma outra compreensão da desigualdade de poder entre os gêneros. É nesse contexto que gênero pode ser compreendido, conforme definição de Scott (1995), como uma construção social, que envolve uma dimensão relacional, e um campo primordial onde o poder articula-se.

É importante salientar que, no campo dos estudos de gênero, existem diferenciações entre os/as teóricos(as). Uma delas é enfatizada por Saffioti (1992) ao defender que gênero não pode ser visto como uma categoria única, mas sempre em articulação com classe social e raça/etnia². Essas três categorias fundamentam as relações sociais, as relações de poder, dominação e exploração. Para a autora essas categorias não se sobrepõem, pois não há primazia de uma sobre as outras, daí a importância em se pensar metodologias feministas que possam captar as relações sociais, levando em conta essas três dimensões.

A construção do gênero pode, pois, ser compreendida como um processo infinito de modelagem-conquista dos seres humanos, que tem lugar na trama de relações sociais entre mulheres, entre homens, e entre mulheres e homens. Também as classes sociais se formam na e através das relações sociais. Pensar estes agrupamentos humanos como estruturalmente dados, quando a estrutura consiste apenas numa possibilidade, significa congelá-los, retirando da cena a personagem central da história, ou seja, as relações sociais. O resgate de uma ontologia relacional deve ser, portanto, parte integrante de uma maneira feminista de fazer ciência. Esta constitui também uma forma de repor os seres humanos no objeto da ciência; uma maneira, em suma, de tornar HUMANAS as Ciências Humanas (SAFFIOTI, 1992, p. 211).

² Raça/etnia é o termo utilizado por Saffioti, por isso, optou-se por mantê-lo, mesmo que estudos atuais não trabalhem mais com o termo raça.

Nessa mesma linha de preocupação, mas de acordo com outra perspectiva, Castro e Lavinias (1992) chamam atenção para importância de uma epistemologia feminista que supere a dualidade classe e gênero, bem como a hegemonia do conceito de patriarcado, na explicação da dominação masculina, opressão e subordinação feminina. E propõem o conceito de relações sociais de gênero (ou de sexo) como um objeto de estudo que pode ser captado nas práticas cotidianas concretas, estejam elas na esfera simbólica ou material.

Após situar, brevemente, o desenvolvimento do conceito de gênero, como categoria de análise no campo dos estudos feministas, passa-se agora à discussão sobre a incorporação desta categoria aos estudos, no campo da saúde. Porém, é importante destacar que a perspectiva feminista de gênero, discutida por Scott (1995) será a perspectiva teórica adotada nessa pesquisa.

2.1 Transversalizando gênero entre as práticas de saúde

A forma como gênero tem aparecido, nas práticas de saúde, modifica-se na relação com a cultura e com a sociedade. Sendo assim, no século XVIII, quando a medicina consolida-se como saber científico, passa a construir um conhecimento sobre a mulher, relacionado aos seus órgãos reprodutores (COSTA et al, 2006).

Para estes autores, o conjunto de forças do capitalismo, bem como das relações de desigualdade entre homens e mulheres, fomentaram a manutenção da mulher junto ao espaço doméstico. As descrições médicas vinculavam a sexualidade feminina aos papéis de mãe e esposa, com um desejo sexual menor que o dos homens. Tais distinções, com base nos papéis sociais vinculados à reprodução, definiram o público como espaço hegemonicamente masculino e o privado, sob responsabilidade da mulher.

Porém, a hegemonia do saber médico, localizando para a mulher o papel da reprodução, passa a ser problematizada com o advento do feminismo. De acordo com Payne (2009), vários estudos demonstram as diferentes necessidades de saúde de homens e de mulheres. Dados epidemiológicos mostram que homens apresentam taxas de mortalidade mais altas e menor expectativa de vida, se comparados às mulheres em todo o mundo. Por outro lado, as mulheres tendem a apresentar mais problemas de saúde que homens, embora isso varie de acordo com o tempo de vida e algumas condições específicas. Em muitos países, as mulheres apresentam uma expectativa de vida mais saudável que os homens, mas passam mais anos vivendo com alguma incapacidade.

Por esse motivo, a Organização Mundial de Saúde tem construído relatórios e orientações sobre a importância da equidade de gênero para os sistemas de saúde. Tais relatórios têm como objetivo, o de dar maior visibilidade aos problemas baseados em gênero, ao mesmo tempo em que se busca melhorar a atenção à saúde de diferentes grupos populacionais. De acordo com política de gênero adotada pela OMS (WHO, 2002), faz-se necessário produzir informação quantitativa e qualitativa sobre a influência do gênero, na saúde e nas práticas de saúde voltadas para a comunidade.

De acordo com Bandeira (2005), no Brasil, um país com um dos mais altos índices de desigualdade social do mundo, é importante destacar que este fenômeno não ocorre de maneira uniforme entre os diferentes sexos, classes sociais, etnias, grupos urbanos e rurais, e com diferentes escolaridades. Pelo contrário, esta autora relembra que os estudos sobre a pobreza, demonstram que a mesma acentua-se entre mulheres negras e outras minorias étnicas. As mulheres são a maioria nos estratos sociais menos favorecidos e, minoria entre aqueles de maior renda, mesmo nos casos em que possui a mesma escolaridade. Há uma desigualdade nos rendimentos entre homens e mulheres, mesmo quando ocupam a mesma função, e esta desigualdade aumenta, se considerarmos, novamente, o critério etnia/cor da pele, a mulher negra será a de menor faixa salarial. É interessante acrescentar que mesmo entre desempregados o índice de mulheres sobrepõe ao índice de homens fora do mercado de trabalho. Com este panorama, a autora afirma ficar claro porque os domicílios chefiados por mulheres, que têm aumentado, nos últimos anos, também são os mais vulneráveis à pobreza, e portanto, suscetíveis à precarização das condições de vida e saúde.

Como exemplo dessa perspectiva que analisa indicadores sociais e gênero, tem-se o estudo de Soares (2007) que conseguiu verificar que existe uma correspondência entre o nível sócioeconômico do município, capacidade de inserção social da mulher e saúde reprodutiva, analisando dados do Estado do Paraná. Também demonstrou que, com relação à saúde reprodutiva das mulheres, nos municípios com menor desenvolvimento sócio-econômico há uma situação desfavorável quanto à fecundidade, atenção à gestação e parto. Por outro lado, a incidência do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e câncer de colo de útero foram mais graves nos municípios com mais alto grau de desenvolvimento sócio-econômico. Esse tipo de estudo demonstra como os indicadores de saúde estão vinculados tanto à situação econômica quanto a capacidade de inserção social da mulher.

Se por um lado há uma preocupação em relacionar diferentes indicadores sociais para compreender as questões que envolvem saúde coletiva e gênero, por outro lado, há os riscos da apreensão destes discursos para aumentar o controle sobre o corpo feminino. De acordo

com Costa et al (2006) há recorrência da naturalização como base do processo de medicalização do corpo feminino. Para estes autores existem dois fenômenos que entrecruzam-se: o processo histórico de naturalização do feminino, promovendo o controle social através da reprodução; e a medicalização do corpo feminino na atualidade.

A lógica da dominação se expressa paradoxalmente através das construções identitárias que empurram a mulher para a maternidade, como se fosse algo natural, e depois as fazem questionar como ter mais filhos, tendo em vista a dificuldade em criá-los, daí a busca pela esterilização, geralmente oferecida durante um parto cesáreo. (COSTA et al, 2006, p.376)

De acordo com Schraiber (2005), a dimensão social da mulher tem sido negligenciada por trabalhadores da área da saúde, que apenas enfatizam o cuidado de si e do outro, como demandas vindas de mulheres. Dessa forma, tais construções sociais têm contribuído para a naturalização e medicalização do corpo feminino. Assim, não só o corpo feminino passa a ser visado pelas práticas de atenção em saúde, mas também as relações que homens e mulheres estabelecem em seu cotidiano. Nesse sentido, o fenômeno da violência e uso de álcool/drogas e dependência de ansiolíticos têm sido invisibilizadas pelas ESF (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004). As relações saúde-doença transversalizadas pelos problemas sociais têm sido diagnosticadas e medicadas de forma hegemônica, sem colocar em questão a existência-sofrimento dessas pessoas.

No campo da saúde, os estudos reafirmam um fenômeno nomeado como feminilização da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tendo em vista os gradativos aumentos nos índices de contaminação entre as mulheres, nos últimos anos. Também chama atenção o índice de mortalidade materna, vinculado às causas evitáveis, aos abortos ilegais, ao alto número de mulheres vítimas de violência doméstica e sexual e ao aumento nos índices de gravidez na adolescência. Todos esses dados não são novos, mas o mais impactante, é perceber que toda uma política pública, na área da saúde da mulher, não tem conseguido alterar de forma significativa tais índices, visto que mudanças intersetoriais são necessárias, pois o campo da saúde está atravessado pelas condições econômicas, sociais, políticas e culturais que constroem as relações em sociedade, e, portanto, tais índices.

De acordo com Araújo, Schraiber, Cohen (2011), no Brasil, na área da saúde coletiva, a incorporação da categoria gênero ganhou maior visibilidade a partir de 2000, especialmente de 2005 em diante, quando se observou uma ampliação das temáticas pesquisadas e o aumento na produção científica, na área, sobre o tema. No entanto, isso não resultou, necessariamente, em um melhor uso do potencial analítico do conceito de gênero. É grande o

número de estudos empíricos, mas escassa a produção teórica e epistemológica que permita avançar na produção do conhecimento científico sobre o efeito de gênero, na saúde de homens e mulheres, e suas implicações nas práticas e políticas de saúde. Grande parte dos estudos apenas capta as diferenças entre homens e mulheres, sem aprofundar na análise das desigualdades de poder que permeiam as relações de gênero, incluindo os processos de saúde-doença e acesso aos serviços.

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2007), já alerta que, para uma maior eficácia no atendimento, deve existir entre os profissionais da saúde uma incorporação das questões de gênero, indicadores sócio-econômicos e culturais para que se compreenda o sofrimento psíquico de homens e mulheres a partir de marcos que sejam distintos. Para Bandeira (2005) faz-se essencial a implementação de políticas de gênero e não apenas política para mulheres, sendo essa última considerada, em muitos momentos, essencialista por reafirmar apenas processos que fomentariam um único papel para a subjetividade feminina: voltada para a família. Partindo desses pressupostos, discute-se a seguir as propostas de atenção à saúde, construídas com a perspectiva de gênero, no Brasil.

2.2 Atenção à saúde da mulher, no Brasil

Diferentes marcos conceituais estiveram presentes na construção dos programas de atenção à saúde da mulher, no Brasil. Para Costa et al (2006), um primeiro marco seria a assunção de que saúde materna é o mesmo que saúde da mulher. Tal reducionismo provocou uma série de práticas de cuidado, focalizando apenas na mulher, em sua relação com a reprodução. Junto a esse discurso, também, somou-se o discurso econômico, onde o controle da pobreza passa a ser vinculado ao controle da natalidade, reduzindo a mulher a um objeto de controle, pois a ela foi vinculada a responsabilidade pela reprodução.

Nesse processo, os autores acima afirmam que o conhecimento cirúrgico aproximou a medicina do parto, surgindo a obstetrícia que, gradativamente, transformou um evento natural em procedimento médico. Naturalizou-se a mulher, encarcerando-a no papel de reprodutora, boa mãe e educadora da prole. O controle reprodutivo do início do século XX, incidia-se, sobretudo, sobre a mulher trabalhadora. Havia a participação de ginecologistas em campanhas nacionais contra o aborto e a contracepção, com o objetivo de frear a liberdade sexual feminina.

Junto a processos eugênicos, a medicina valorizava a natalidade entre casais saudáveis (leia-se classes sociais mais altas) e coíbia o nascimento de indivíduos vindos de casais não-saudáveis (classes populares). O período de incentivo à natalidade, no Brasil, encerra-se em 1960, quando aspectos econômicos internacionais passam a direcionar o controle da natalidade. Há um investimento maciço em pesquisas sobre contracepção em mulheres. A esterilização, antes vista como prática eugênica, agora passa a ser financiada e valorizada como escolha voluntária para o planejamento familiar (COSTA et al, 2006).

No Brasil, de acordo com Costa et al (2006) a fecundidade total passou de 5,8 em 1970, para 2,3 em 2003, havendo um aumento nas taxas de uso de anticoncepcional, de abortos e de esterilizações (mais importante no nordeste). Ressalta-se que a esterilização vinculava-se mais à ligadura tubária que a vasectomia, e, em 1997, 43% das mulheres brasileiras, em idade fértil, haviam passado por esse procedimento. Esse procedimento é adotado mais entre mulheres pardas que entre as brancas, e, menos ainda, entre as negras. As brancas são as que mais utilizam os métodos contraceptivos (anticoncepcional).

Durante a década de 80, os movimentos sociais foram importantes parceiros para a problematização dos programas materno-infantis, pautando uma agenda feminista, nas discussões sobre políticas de saúde para mulheres (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007). Dessa forma, em meio à reforma sanitária brasileira, e na constituição do SUS, fundam-se conceitos sobre uma atenção integral à saúde da mulher que supõe maior oferta de informação, participação social e humanização do atendimento. Tais pressupostos trabalham com o objetivo de construir o empoderamento da mulher.

Em 1983, a ruptura com o conceito de controle de natalidade e o novo enfoque das ações em saúde, tendo por base a constituição de cidadania formaram a base do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O direito à saúde passa a englobar acesso ao emprego, à educação, à habitação e ao ambiente saudável, e não apenas à assistência médica, que era a base dos programas de atendimento materno-infantis (COSTA, BAHIA, CONTE, 2007).

No entanto, segundo as mesmas autoras, a implantação do PAISM foi prejudicada pelos embates políticos e econômicos que ocorreram no país, entre as décadas de oitenta e noventa. O subfinanciamento comprometeu a integralização da atenção à saúde, favorecendo a execução de programas verticais e fragmentados. A agenda governamental só pautaria a Saúde da Mulher após a III Conferência sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas, na cidade do Cairo, em 1994, e também após a IV Conferência Mundial da Mulher, em Pequim, no ano seguinte, 1995, somando forças através da mobilização social para

fortalecer temáticas como: mulheres rurais, saúde da mulher negra, soro-positividade e direitos sexuais (JANNOTTI; SEQUEIRA; SILVA, 2007).

No entanto, para, Costa, Bahia e Conte (2007), os conceitos sobre direitos sexuais e reprodutivos serão captados apenas em algumas dimensões, focalizando-se, principalmente, na saúde reprodutiva e não problematizando a saúde sexual. Mas, ressalta-se que mesmo com a difícil implementação do PAISM, a década de 90 possibilitou a ampliação da oferta de serviços, na cobertura da população brasileira, iniciando o caminho para a universalidade no acesso. De acordo com D'Oliveira et al (2009) também será nesta década que a violência contra a mulher passará a ser objeto de pesquisas e intervenções dentro do campo da saúde.

Para Giffin (2002), a ineficácia das políticas de atenção à saúde da mulher brasileira, pode ser explicada avaliando-se, historicamente, o percurso de movimento feminista. Para a autora, esse movimento focalizou sua ação na luta pela igualdade entre os sexos, por, aproximadamente, quarenta anos, e, nos direitos sexuais reprodutivos, como forma de controlar a fecundidade feminina. O foco nos direitos sexuais reprodutivos, também possibilitou à mulher a vivência plena de sua sexualidade desvinculada da maternidade, bem como, a possibilidade de inserção em espaços públicos, até então, espaços socialmente definidos como esferas de poder, atribuídos especificamente aos homens.

De acordo com Giffin (2002), o discurso sobre controle da natalidade foi cooptado na esfera internacional, e vinculou a diminuição das taxas de natalidade à diminuição da pobreza, produzindo então o desenvolvimento econômico internacional. Mas essa equação não resultou o esperado. Pelo contrário, houve um aumento no número de mulheres que fazem parte dos grupos com menor renda, como já foi afirmado anteriormente.

A atual feminilização e pauperização da AIDS é emblemática disso, no sentido de ilustrar como as vulnerabilidades do gênero feminino não podem ser abstraídas das vulnerabilidades resultantes da pobreza. Ao mesmo tempo, tanto a AIDS, como a violência urbana mostram, como a vulnerabilização de alguns membros de uma sociedade pode, com o tempo, atingir a todos (GIFFIN, 2002, p. 109).

Essa mesma autora afirma que, o discurso feminista sobre garantia dos direitos reprodutivos, não ficou imune ao avanço da tecnologia médica, produzindo um continuado controle da reprodução feminina, bem como o aumento da medicalização nesse grupo.

A avaliação das metas do PAISM, bem como a possibilidade de diálogo com a sociedade civil, através da Conferência Nacional de Saúde, de 2003 e a Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, em 2004, proporcionou a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que retoma princípios do PAISM e agrega demandas atuais, como a incorporação de especificidades da mulher negra, lésbica, indígena e

profissional do sexo (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007). Essa proposta tenta manter os avanços até então conquistados, no campo dos direitos reprodutivos, ao mesmo tempo em que direciona novas ações para a melhoria da atenção obstétrica, planejamento familiar, aborto, combate à violência doméstica e sexual, prevenção e tratamento às doenças sexualmente transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST-AIDS), doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico.

Com relação ao combate à violência doméstica e sexual, existiam normativas do Ministério da Saúde específicas para a realização do aborto previsto em lei, desde 1998, bem como, orientações sobre procedimentos, na atenção básica para os casos de violência intrafamiliar. Porém, percebe-se um fortalecimento da rede de atenção às vítimas de violência, a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, de 2004, elaborado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Esse plano define as ações para o atendimento de mulheres vítimas de violência, especificando os diferentes atores da rede intersetorial (HANADA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2010).

Contudo, na visão de D'Oliveira et al (2009), a maior parte dos 245 serviços de saúde criados até 2002, para atender mulheres vítimas de violência sexual, no Brasil, reproduziam os mesmos problemas: estão localizados nos grandes centros urbanos; invisibilidade do serviço tanto interna (dentro do Hospital onde funcionam), quanto externamente (na rede); são focados na violência sexual provocada por desconhecidos, sendo assim, não atendem às mulheres vítimas do parceiro, cotidianamente; têm poucas estratégias para as violências físicas e psicológicas e o protocolo não atende à necessidade de homens e crianças vítimas de violência sexual.

Para Schraiber et al (2009) a saúde coletiva tem importantes desafios ao lidar com o tema da violência. Um primeiro desafio seria o reducionismo biológico que prevê apenas o tratamento dos danos físicos e psicológicos, sem pautar a violência como problemática que deve ser debatida em todos os momentos, durante a intervenção da equipe de saúde. Desse modo, opera-se uma separação entre o adoecer e seus desencadeantes, e portanto, trata-se as consequências da violência de forma alienada. Um segundo problema reside no fato dos profissionais que assumem trabalhar com o fenômeno da violência, fazem-no, acreditando ser esta uma questão de envolvimento pessoal, e não um tema de responsabilidade, também, do setor saúde.

É importante destacar que as discussões sobre gênero, dentro das políticas públicas de saúde, têm gerado avanços, na construção de políticas mais igualitárias. Citam-se como exemplo de políticas públicas nesta área: Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização

da Epidemia de Aids e Outras DST, de 2007; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de 2008 e, nesse mesmo ano, foi lançada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (FERRAZ; KRAICZYK, 2010). Esses avanços são importantes conquistas no campo da saúde, porém, a temática gênero ainda é incipiente, no campo da saúde mental, como será discutido a seguir.

2.3 A perspectiva de gênero, nas práticas de atenção à saúde mental

Os estudos sobre as relações historicamente construídas, acerca da naturalização do corpo feminino, conectam-se com os discursos justificadores do sofrimento psíquico. Isso faz as explicações científicas acerca do enlouquecimento, também, serem tangenciadas por discursos de gênero.

É interessante destacar que a loucura, em muitos momentos históricos, esteve ligada à sexualidade feminina, desde processos envolvendo a malignidade do útero, até complicações vinculadas à libido e maternidade (PEGORARO; CALDANA, 2008). De maneira que, a naturalização da subjetividade feminina como sendo, cordata, meiga e voltada para cuidados domésticos e os da família e, principalmente, naturalizando a maternidade, como objetivo final de toda mulher, trouxe mais dados para destacar quem seriam as loucas, ou seja, aquelas que não se adaptassem às características dimensionadas para o que é ser mulher.

Por ser o cuidado para com a família uma das atribuições da mulher, socialmente caracterizado quase como natural à condição de feminilidade, percebe-se uma maior tolerância com aquelas que assumem tal papel, mesmo quando apresentam sofrimento psíquico grave. Por isso, elas representam, aproximadamente, 35% dos pacientes psiquiátricos, internados em hospitais, de acordo com o relatório Saúde Mental em Dados (BRASIL, 2006b). Esse dado não é compreensível, se pensarmos na epidemiologia dos transtornos mentais, que é, aproximadamente, a mesma entre homens e mulheres, para a maioria dos transtornos, excetuando-se os transtornos do humor. Ou seja, quando homens e mulheres passam por internações psiquiátricas, observa-se que há outros fenômenos que propiciam um número maior de homens internados, em detrimento das mulheres.

É interessante pensar que a porcentagem menor de mulheres internadas em instituições psiquiátricas, de acordo com o relatório acima, também ocorria no início do século XX, no Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro (FACCHINETTI; RIBEIRO; MUÑOZ, 2008). Nesse estudo, dentre as pacientes internadas, o maior contingente era de mulheres pardas e negras. Os pesquisadores tentaram compreender os significados atribuídos ao

enlouquecer feminino, através das evoluções em prontuários de psiquiatras, daquela época. Discutem que estes profissionais mantinham uma percepção acerca do enlouquecer da mulher, como uma forma de fragilidade mental e moral, que as predispunham ao adoecimento. E destacavam-se nos prontuários de mulheres (19%), quando comparados aos prontuários de homens (5%), as anotações sobre os aspectos sexuais que envolviam o enlouquecer.

Num outro estudo que analisou prontuários de um Hospital Psiquiátrico, no início do século XX, Cunha (1998) observou que as formas de diagnósticos eram diferenciadas até mesmo para mulheres brancas, pardas e negras. Segundo essa pesquisadora, tendo como pano de fundo o olhar do colonizador branco, a psiquiatria construiu estereótipos para as mulheres, descrevendo que mulatas seriam vistas como bestas e objetos sexuais. Por outro lado, a psiquiatria via nas mulheres brancas o modelo de futuras esposas e mães cordiais. Disso resultava que, quando as mulheres não se encaixavam em tais estereótipos, era questionada sua saúde mental.

Como já foi dito, anteriormente, análises recentes sobre as políticas de saúde, no Brasil, têm questionado como as mesmas terminaram por reafirmar papéis sociais para a mulher, ao focar a atenção nos programas para saúde, vinculados à saúde sexual feminina, maternidade e cuidados com a criança (GIFFIN, 2002). Assim, no campo da saúde mental, ainda são incipientes os estudos que avaliam os impactos da reforma psiquiátrica, a partir das questões de gênero, sendo mais uma questão pessoal de envolvimento com o tema, que estratégia de cuidado (SANTOS, 2009).

Quando alguns autores tentam avaliar o campo da saúde mental, na interface com gênero, destacam-se os estudos de Ludemir (2008), que demonstram a desvalorização dos afazeres femininos como provocadores de maior desgaste e maior percepção de piora na saúde. Tal fato leva à maior procura de mulheres pelos serviços de saúde. Mostram também que, as mudanças no mundo do trabalho, com a sobreposição dos papéis (dupla jornada de trabalho), também são provocadores de fadiga, estresse e sintomas psíquicos. Muitos estudos demonstram a relação entre violência doméstica e transtornos mentais (para a Organização Mundial de Saúde a violência é principal causa, vinculada a gênero, que provoca depressão). Essa autora afirma que o sofrimento mental duradouro é o que mais provoca busca por consultas em saúde.

A dificuldade em detectar as tramas que envolvem gênero e indicadores sociais, também pode ser notada em alguns estudos, mesmo que escassos, na área da saúde mental. No Brasil, de acordo com Ferraz e Araújo (2004) há um imbrincamento de fatores onde a

mulher sendo pobre, terá menos recursos e uma sobrecarga maior de trabalho em função do estereótipo de cuidadora, devendo ser mãe, esposa, dona de casa. Também terão piores condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e acesso a serviços de saúde. Com todo este conjunto desfavorável, as autoras afirmam que esse grupo apresenta maior morbi-mortalidade por causas previsíveis, que o grupo dos homens. Outra problemática discutida pelas autoras é que dentro do campo da saúde mental, o modelo biomédico hegemônico, diminui a relevância de fatores econômicos e sociais, nas condições de saúde da população.

Nas análises epidemiológicas, dentro modelo biomédico, os estudos afirmam que a depressão ocorre duas vezes mais em mulheres do que em homens, e também é mais persistente e com maior índice de reincidência entre mulheres. Porém, para Ferraz e Araújo (2004) as explicações biológicas são insuficientes, para compreender este fenômeno. Mesmo ao se considerar as diferenças hormonais, é importante perceber-se como as desigualdades de gênero podem privilegiar o masculino e afetar a autoestima feminina, bem como suas condições de poder.

A conexão entre vulnerabilidade social e sofrimento psíquico pode ser encontrada no estudo realizado por Maragno et al (2006), que detectou diferenças significativas nas prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre: mulheres, idosos, pessoas com menor renda ou de menor escolaridade.

Mulheres são mais vitimizadas pela discriminação de gênero, são mais pobres, bem como sofrem mais fome e desnutrição, violência doméstica (humilhação, subordinação e depreciação), sexual e reprodutiva. Daí, serem mais vulneráveis a transtornos psíquicos como depressão, ansiedade e estresse pós-traumático. Tais índices são mais altos entre pessoas que sofreram violência. “Há uma correlação positiva entre a gravidade e duração da exposição à violência e a gravidade do transtorno mental” (FERRAZ, ARAÚJO, 2004, p. 62). As autoras também salientam que mulheres vítimas de estupro e exploração sexual, mulheres que são obrigadas a manter relação sexual com parceiros, ou mesmo, serem expostas a constrangimentos, quando se recusam a ter tais relações, têm mais depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, transtorno obsessivo compulsivo e abuso de drogas e álcool. Existem diferenças nos diagnósticos para os mesmos sintomas entre homens e mulheres. Com os mesmos sintomas, é maior a probabilidade da mulher ser diagnosticada como depressiva, ao invés do diagnóstico de abuso de álcool. Dessa forma, as autoras afirmam que ser mulher é um importante preditor para a prescrição de drogas psicotrópicas.

O estudo de Carvalho e Dimenstein (2004) demonstrou que a violência sofrida por mulheres, pode alterar não só processos hipertensivos, agravando o quadro, mas, principalmente, como o ansiolítico passa a fazer parte da medicação de uso contínuo como ferramenta para dar força e acalmá-las, nos momentos de maior desgaste emocional.

A prescrição para mulheres de drogas psicotrópicas, principalmente benzodiazepínicos, tem sido ressaltada em vários estudos (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004; CRUZ et al, 2006; RIBEIRO et al, 2007). No estudo realizado por Carlini et al (2006) sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, através de levantamento domiciliar nas 108 maiores cidades do país (2005), ficou evidenciado alto consumo de medicamentos benzodiazepínicos (BZD), por parte de mulheres, sem prescrição médica. Esse estudo destacou que, com relação ao uso de BZD, alguma vez na vida, 6,9% eram mulheres enquanto que 3,4% eram homens. A diferença entre os dois grupos aumenta, acentuadamente, quando observadas as diferentes faixas etárias. No grupo de 25 a 34 anos existem 6,6% de mulheres para 2,5% de homens, enquanto que com mais de 35 anos, esses valores sobem para 8,0% mulheres e 4,4% homens.

Alguns estudos destacam as questões de gênero, como a condição de subalternidade e dificuldades enfrentadas, ao assumir os papéis de mãe, esposa, cuidadora levam à busca do remédio como forma de amparo para conseguir realizar suas atividades cotidianas (ALVES, 2002; CARVALHO; COELHO, 2005; MENDONÇA et al, 2008). As questões relacionadas com situações de violência, envolvendo homens e mulheres, também têm sido negligenciadas por serviços de saúde. De acordo com as pesquisadoras canadenses Cory e Dechief (2007), ao debater ferramentas para a construção de políticas de saúde para mulheres vítimas de violência, alertam que elas têm maior probabilidade de receberem prescrição de drogas psicotrópicas de forma inadequada, se comparadas a mulheres que não são vítimas de abuso.

É interessante observar que, para os pesquisadores Mendonça e Carvalho (2005), a popularização do uso de ansiolíticos pode estar vinculada às redes de contatos sociais construídas por usuárias de ansiolíticos. Eles afirmam que, com o tempo de uso, as usuárias desenvolvem um conhecimento sobre os efeitos da medicação, e percebem como desnecessária a orientação médica, e tornam-se “especialistas populares” (expressão dos autores).

O fenômeno da medicalização está diretamente ligado à expansão da medicina ocidental, mas não se restringe à relação médico-paciente. O que pode ser observado é que, nas relações sociais, o uso de novas tecnologias médicas, bem como, o uso de substâncias

medicamentosas e/ou psicoativas, legais ou ilegais, prescritas ou sem prescrição, extrapola o campo da saúde e transversaliza a sociedade e a cultura.

Numa inversão completa dos valores, o termo saúde mental, antes associado à capacidade de flexibilizar situações de sofrimento, utilizando estratégias múltiplas de cuidado e amparo entre pessoas e grupos, atualmente, está sendo configurado de forma contrária, ou seja, saúde mental, agora, significa não sofrer. Não sentir, virou sinônimo de bem-estar.

Dessa forma, percebe-se que importantes mudanças vêm ocorrendo, no campo da saúde, e aqui destaca-se o campo da saúde mental onde as relações de gênero impactam, cotidianamente, a vida de homens e mulheres. Uma das práticas de saúde utilizadas amplamente é a medicalização das relações sociais. Nesse sentido, cresce a prescrição de medicamentos psicotrópicos. Os ansiolíticos do tipo benzodiazepínicos respondem por 50% de toda a prescrição de psicotrópicos, no Brasil, e, portanto, devem ser monitorados com mais rigor (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2008). Dessa forma, faz-se mister detalhar melhor o uso dessa substância em saúde mental, e, principalmente, como fazer corretamente a retirada dessas drogas. Esse será o objetivo do próximo capítulo.

CAPÍTULO III- O USO DE ANSIOLÍTICOS NAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

A utilização de medicação ansiolítica está geralmente relacionada às situações de sofrimento, relacionadas às condições sócio-históricas, econômicas e culturais, porém muitos estudos preferem nomear tal sofrimento como Transtornos Mentais Comuns (TMC). Tais TMC envolvem sintomas depressivos, de ansiedade e psicossomáticos que provocam certa incapacidade funcional ou alteração acentuada, no funcionamento normal da pessoa, mas sem preencher os critérios diagnósticos internacionalmente utilizados. Estudos que tentaram avaliar a presença de Transtornos Mentais Comuns, atendidos nas equipes da Estratégia Saúde da Família, têm encontrado resultados discordantes. Porém, o que se vê no cotidiano das unidades de saúde, é uma série de pessoas buscando medicação, para os sintomas acima citados, bem como para as dificuldades para dormir.

Os ansiolíticos mais utilizados e disponibilizados pela rede pública de saúde brasileira são os medicamentos da classe dos benzodiazepínicos (BZD). De acordo com Sadock e Sadock (2002), tais substâncias possuem duas características que as distinguem: produzem efeito sedativo (reduz ansiedade diurna, ameniza a excitação excessiva e tranquiliza a pessoa) e hipnótico (produz sonolência, ajuda a conciliar e manter o sono). Dessa maneira, tais medicamentos serão a droga de escolha, para tratar os sintomas psíquicos leves, levados como queixa para os consultórios médicos.

A prescrição contínua de benzodiazepínicos, por mais de três meses, é desaconselhada em todos os guias de orientação a médicos (SADOCK; SADOCK, 2002; NATASY; RIBEIRO; MARQUES, 2003; ORLANDI; NOTO, 2005) e é reforçado pelo I Consenso Brasileiro da Insônia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE SONO, 2002). A orientação feita pela equipe organizadora desse Consenso afirma que, na abordagem do tratamento da insônia, faz-se necessário não apenas focalizar na insônia, mas nos sintomas diurnos, noturnos e a doença de base. Destacam que os tratamentos a serem oferecidos devem ser tratamentos não-farmacológicos, farmacológicos e a combinação de ambos. Ressaltam que, na manutenção da melhora, a terapia cognitiva comportamental mostra-se mais eficiente que o tratamento farmacológico, e também apresenta baixo risco de efeito colateral. As técnicas mais eficazes utilizadas por essa abordagem tem sido: restrição do sono e controle de estímulos, terapia cognitiva, técnicas de relaxamento e higiene do sono (SOCIEDADE BRASILEIRA DE SONO, 2002).

O diagnóstico da insônia deve levar em consideração uma detalhada história de sono que inclua: queixas específicas, condição pré-sono, tipo e evolução da insônia, fatores perpetuantes, comorbidades, uso de substâncias, padrões do ciclo sono-vigília e demais sintomas vinculados ao sono (ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA, 2008). Para tanto, podem ser utilizados instrumentos auto-aplicáveis como questionários, diários de sono (antes, durante e após tratamento, em caso de acompanhamento à longo prazo), listas de sintomas, bem como podem ser utilizados os testes psicológicos e entrevista com cônjuge. Orienta-se também que a reavaliação clínica deve ocorrer, periodicamente até que os sintomas de insônia estejam controlados, e depois, a cada seis meses, devido ao risco de recaída.

De acordo com a Academia Brasileira de Neurologia (2008), o tratamento farmacológico, específico para os casos de insônia, deve ser instituído junto a um acompanhamento para a aprendizagem de novos hábitos, por parte do paciente. E deverá contar com informações sobre: alvos terapêuticos e expectativas; normas de segurança na utilização do medicamento; potenciais efeitos colaterais e interações medicamentosas; outras modalidades terapêuticas como terapia comportamental e cognitiva; potenciais de aumento de posologia; insônia rebote. E, por fim, reafirma-se que devem ser feitos esforços, no sentido de manter a menor dosagem efetiva da medicação e, quando as condições permitirem, deve-se buscar a descontinuação da droga. Para a descontinuação da droga, a utilização de psicoterapia cognitivo-comportamental facilita o processo de retirada gradual. Porém, considera-se que nos casos de insônia severa e refratária ou comorbidade crônica, o uso crônico do medicamento pode ser indicado, devendo avaliar-se a eficácia, os efeitos colaterais e a exacerbação dos sintomas. Para o uso crônico do BZD, podem ser utilizadas prescrições para uso diário, intermitente (três noites por semana) ou para quando for necessário.

É importante ressaltar que, mesmo com todas essas informações a respeito do manejo adequado de medicações ansiolíticas, ainda não se percebe uma utilização racional das mesmas. O estudo de Parr et al (2006), na Austrália, detectou que tanto médicos(as) generalistas, quanto pessoas que utilizaram ansiolíticos por vários anos, perceberam que seus/suas médicos(as) propiciaram orientações apropriadas sobre o uso de benzodiazepínicos, entretanto, esta informação foi percebida como sendo limitada e não transmitiu, adequadamente, as razões para a prescrição, ou mesmo, para as consequências de um uso a longo prazo de BZD.

Outro ponto importante a ser observado, dentro do complexo campo que envolve a prescrição de ansiolíticos, seria o debate acerca das mensagens transmitidas em propagandas de medicamentos psicoativos, da indústria farmacêutica, direcionada a médicos(as), no Brasil.

Chama atenção que as mulheres aparecem quatro vezes mais que os homens, nas propagandas de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos. A ênfase nos estereótipos de gênero, com a representação de mulheres, frequentemente em casa, e os homens em situações de trabalho, pode levar médicos(as) a patologizarem problemas transitórios vividos por mulheres, e ao mesmo tempo, sub-diagnosticar homens (MASTROIANNI et al, 2008).

No Brasil, um estudo desenvolvido em Curitiba por Lacerda et al (2004) observou que a orientação médica a respeito do uso de benzodiazepínicos foi considerada precária, pois dentre os/as usuários(as), as orientações mais lembradas foram: “não beber” (85%), “não dirigir ou operar máquinas” (46%) e orientações sobre o risco de dependência (31%). Outro dado importante, foi a descoberta de que apenas 13% dos usuários de ansiolíticos entrevistados haviam recebido instruções que englobavam as três principais precauções, quando estiverem em uso de BZD: não beber, ter cuidado com atividades que exigiam atenção e risco de dependência.

Esse mesmo estudo descobriu que a qualidade da orientação sobre BZD não variou com a escolaridade, nem com o tipo de serviço de saúde frequentado pelo(a) usuário(a) (particular, SUS e hospitalar), nem mesmo quando comparadas entre especialidades médicas. Um dado interessante encontrado foi que a orientação para “não beber” foi dada com maior frequência por clínicos gerais (81%), do que por neurologistas (54%). Assim como, a orientação sobre o risco de dependência apareceu mais entre clínicos gerais (39%), que entre psiquiatras (12%). E, apenas 21% dos usuários de BZD disseram que receberam orientação de seu/sua médico(a), para a redução da dose da medicação.

A dispensação desse tipo de medicamento pode ser feita nas farmácias das unidades básicas de saúde, mas sempre através de receituário específico para drogas, sob vigilância e controle, pois apresentam alto índice de dependência. Tais características já seriam, em si, suficientes para que a prescrição dessa classe de medicamentos fosse bastante restrita, mas o que a realidade tem demonstrado é o oposto. O uso de ansiolíticos é alto e tem sido resignificado como uma das principais estratégias, para lidar com as dificuldades cotidianas.

A dependência ao BZD foi estimada em 0,5% da população brasileira, sendo que esse valor sobe para 0,8%, na Região Sudeste. Os medicamentos BZD mais usados, sem prescrição médica, são: Diazepam (3,05%), Lexotam (1,54%) e Valium (0,50%) (CARLINI et al, 2006). Esse mesmo estudo detectou que os entrevistados utilizaram este tipo de medicação, pela primeira, vez com a média de idade de 30,5 anos. Mas, desde esse primeiro consumo de tranquilizantes, 23,58% respondeu que manteve o uso por mais de 300 dias (um ano), 10,85% entre três meses e um ano, 26,18% entre 12 dias e 3 meses e 15,33% de 3 a 11 dias.

Com relação ao tempo de uso de medicações ansiolíticas, é interessante discutir os aspectos levantados por um estudo de Parr et al (2006) que avaliou as percepções de médicos generalistas australianos, sobre o motivo de continuar a prescrição de benzodiazepínicos. Foram encontradas como principais justificativas desses profissionais: falta de tempo e falta de vontade em levantar a questão sobre a interrupção do uso de benzodiazepínicos. A relutância em abordar esse tema aparecia mais no caso de atendimento de idosos e, quando se relacionava ao reconhecimento de que usuários de BZD, por longo prazo, eram provavelmente dependentes de BZD. Dentre as razões para continuar a prescrever BZD, os médicos generalistas também expressaram falta de vontade em questionar a decisão de outros médicos generalistas, bem como a visão de que a intervenção seria sem objetivo, se o paciente não tivesse demonstrado uma motivação para mudar. O interessante nesse estudo é que, dentre os entrevistados, nenhum médico mencionou ter oferecido intervenções de tratamento alternativas, para usuários contínuos, com o objetivo de resolver seus problemas psicossociais cotidianos.

Ainda nesse estudo de Parr et al (2006), poucos(as) médicos(as) disseram que haviam tido, recentemente, a experiência de acompanhar pacientes, na retirada de BZD. Eles/Elas alegaram que uma das razões para não iniciarem a descontinuação do BZD era porque percebiam que levaria muito tempo para se chegar a uma retirada da medicação, de maneira eficaz. Mesmo demonstrando pouca experiência, na prática clínica, um considerável número de médicos(as) generalistas era capaz de descrever os passos necessários para uma exitosa interrupção do uso de BZD.

Um estudo de Cook et al (2007), nos Estados Unidos, também analisou os fatores que auxiliam no uso prolongado de BZD. Encontraram que, mesmo quando pacientes apresentam uma abertura para iniciar a descontinuação do medicamento, os/as médicos(as) que os/as atendem alegam que imaginam que terão que enfrentar muita resistência, para iniciar a retirada do BZD. Sendo assim, esses autores afirmam que os profissionais da medicina subestimam sua influência, no tratamento de usuários(as) prolongados de BZD.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Sono (2002), um terço dos usuários regulares de medicações ansiolíticas terá dificuldade em descontinuí-las. Entre idosos usuários crônicos desse tipo de medicamento, 71% não consegue adormecer, sem usar a medicação ansiolítica.

A forma como um/uma médico(a) relaciona-se com o(a) paciente tem uma forte influência na prescrição de ansiolíticos, pois é mais provável que um/uma médico(a) prescreva a droga, diante de um/uma paciente angustiado(a), ao invés de propor-lhe

alternativas, como aconselhamento, ou referenciá-lo para outros serviços, visto que essas práticas não são rotina, nas consultas médicas (PARR et al, 2006; ANTHIERENS et al, 2007).

Para Anthierens et al (2007), a sensação de desamparo e sentimento de impotência, bem como o forte desejo de ajudar o paciente, podem servir como gatilho para a prescrição de benzodiazepínicos. Esses autores debatem como a simpatia que se estabelece entre médico generalista e paciente, pode ser expressa através de uma resposta farmacológica para problemas existenciais. O texto afirma que “Empathy is shown with a prescription”³(p. 217).

É interessante avaliar que o alto número de pessoas utilizando BZD é justificado pelo discurso médico, quando se utiliza o diagnóstico de TMC. O estudo de Bandeira, Freitas e Carvalho Filho (2007) encontrou a prevalência de 37,8% de pessoas com TMC, atendidas por duas ESF, de uma cidade do interior de Minas Gerais. Destaca-se que se encontrou na subescala para distúrbios relacionados ao sono, a presença de 41% da amostra com esse problema e com 38,25% na subescala sobre desejo de morte, sendo que, apenas nessa última, houve uma maior número de mulheres que homens apresentando a referida queixa. Para todas as demais queixas, os homens apresentaram índices mais altos que as mulheres. Já no estudo de Maragno et al (2006), houve 24,95% de TMC, na população estudada, mas, a ocorrência foi maior, no grupo de mulheres (27,99%), quando comparadas ao grupo de homens (20,94%).

No estudo realizado por Ribeiro et al (2007), numa região da cidade de Campinas-SP, caracterizada por altos índices de desemprego e baixo nível econômico, detectou-se 48 pessoas que utilizavam benzodiazepínicos, há mais de 36 meses, mas apenas 41 foram encontradas e aceitaram participar da entrevista. Nesse grupo havia um tempo médio de uso do diazepam, aproximadamente 10 anos, 85,4 % eram mulheres brancas, com idade média de 57,6 anos. A dose média utilizada era de 10 mg por noite. Quando questionadas se tentaram parar o uso do medicamento, 87,8% relataram ao menos um sintoma (insônia, agitação, dor de cabeça) com a retirada, e, portanto, a desistência das mesmas. O estudo pontua que apenas 10, das 30 mulheres que tentaram parar, foram motivadas por seus médicos. Mas, o estudo não esclarece qual foi o protocolo tentado para a retirada do BZD.

Um estudo com 634 mulheres, que frequentavam um Centro para Idosos, no Rio de Janeiro, encontrou uma prevalência de 7,4% de mulheres que utilizavam BZD, diariamente, nos últimos 12 meses, mas a prevalência de uso na última quinzena subiu para 21,3%. Essas

³ Empatia é demonstrada através de uma prescrição (tradução livre)

autoras também observaram uma associação positiva entre número de remédios consumidos e uso prolongado de benzodiazepínicos, bem como a presença de queixa de insônia e cefaléia (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000).

Numa pesquisa que buscou caracterizar o perfil de idosos usuários crônicos de BZD (média de 60 meses), Cruz et al (2006) encontrou dados similares ao estudo citado acima, acrescentando que, do total de entrevistados, 90% confirmou ter doenças crônicas, 77,1% eram mulheres, apenas 10% não seguia as prescrições médicas. Foi significativo o índice de aparecimento dos seguintes efeitos adversos ligados ao uso de BZD: sintomas de angústia, dores articulares, depressão e tontura.

Quando se tenta compreender os fatores sociais que influenciam pessoas a buscarem atendimento na saúde, para minorar seu sofrimento psíquico, percebe-se como intervenções imediatistas culminam por favorecer a uma construção de práticas de medicalização. Por exemplo, no estudo de Parr et al (2006), médicos(as) generalistas souberem identificar o papel de outros profissionais, para se conseguir uma completa retirada de BZD, mas não são capazes de identificar o papel desses mesmos profissionais, quando se inicia a prescrição de BZD. O mesmo padrão ocorre quando falam da importância na mudança de estilos de vida, ou seja, essas mudanças são lembradas como muito importantes para a retirada de BZD, mas são deixadas em segundo plano, quando justificam o início da medicação ansiolítica.

No estudo de Alvarenga et al (2008) com uma população de idosos, do município de Bambuí (Minas Gerais), onde 92% dos residentes com mais de 60 anos responderam ao questionário, detectou-se uma prevalência de 21,7% de usuários de benzodiazepínicos, sendo que apenas 3% deles haviam sido avaliados por um psiquiatra, nos últimos 12 meses, enquanto que 95% dos idosos havia ido a outro tipo de especialista, nesse período. Nesse estudo, o bromazepam foi o medicamento mais utilizado, buscando sua ação terapêutica ansiolítica. O estudo ressalta que o uso de ansiolíticos de meia vida longa são considerados inapropriados para idosos, visto os riscos serem maiores que os benefícios esperados. A medicação de meia vida longa pode causar sonolência diurna, quedas e déficit cognitivo.

O estudo acima citado também considerou que 2/3 dos idosos participantes, são usuários crônicos de benzodiazepínicos (mais de 12 meses), bem como, houve uma associação positiva entre ser mulher e utilizar benzodiazepínico. Os autores discutem que tal fato pode estar vinculado ao maior número de anos que as mulheres vivem, e, portanto, estão mais sujeitas ao sofrimento vinculado ao envelhecimento. Porém, em seus resultados haviam discutido que se comparados por décadas (60-69; 70-79; 80 ou mais) a prevalência do uso de benzodiazepínicos aumenta entre os homens, mas não se altera entre as mulheres, ou seja, já

são mais medicadas desde o momento que iniciam a terceira idade. Também justificam que as mulheres têm maior contato com serviços de saúde, expressam mais seus problemas de saúde, durante as consultas médicas, falam mais claramente sobre sua expectativa em receber uma prescrição medicamentosa, bem como demonstram uma aceitação maior em utilizar psicofármacos.

Os estudos acima destacaram o uso prolongado de benzodiazepínicos, por parte da população idosa. Tal fato é extremamente preocupante, visto que tais medicamentos são inadequados, para esta faixa etária, bem como, já foi comprovado que há aumento de quedas entre idosos que utilizam tais substâncias (CHAIMOWICZ; FERREIRA; MIGUEL, 2000).

3.1 Meta-análises sobre descontinuação do uso de ansiolíticos

Na meta-análise conduzida por Oude Voshaar et al (2006) foi encontrado que as intervenções mínimas, como por exemplo, enviar cartas informativas sobre riscos do uso continuado de benzodiazepínicos e estratégias para retirada, ou mesmo encontros em grupo orientando sobre como parar o uso do medicamento, são mais efetivas, na retirada dessas drogas, se comparadas com os tratamentos onde os pacientes recebem cuidados de rotina.

De acordo com Parr et al (2008), meta-análises anteriores já haviam demonstrado que intervenções diretivas foram mais efetivas que o tratamento rotineiro, na retirada dos benzodiazepínicos, tanto de pacientes internados como de pacientes em tratamento ambulatorial. Tanto a farmacoterapia, como a intervenção psicológica provocaram um efeito maior, que apenas o tratamento através da Redução Gradual das Doses (RGD).

Contudo, ao se considerar que a maior parte dos usuários de BZD encontram-se em tratamento ambulatorial, Parr et al (2008) realizaram uma das primeiras meta-análises que tentou investigar apenas estudos sobre tratamentos com benzodiazepínicos prescritos por clínicos gerais, em situações ambulatoriais. Os resultados, comparados dos estudos, demonstraram que prover indivíduos com orientação para parar BZD ou intervenções mais prolongadas, aumentaram as taxas de retirada de BZD, significativamente, se comparadas com cuidados de rotina. Nos estudos avaliados, as intervenções psicológicas podem provocar pequenos, mas significantes benefícios adicionais, tanto após o tratamento, quanto nas consultas de retorno (ou consultas de seguimento para manutenção), para além dos proporcionados apenas pelo RGD. Apenas 3 de 17 estudos com substituição da medicação demonstraram maiores taxas de interrupção do BZD, mas nenhum apresentou superioridade nas consultas de seguimento.

O estudo de Parr et al (2008) destaca que não há evidência suficiente que apóie a prescrição de outros fármacos para a retirada de BZD. Entretanto, enfatizam que as melhores taxas de retirada de BZD focam-se, na estratégia de discussão, sobre a retirada do medicamento, sistematicamente, com cada paciente que tem recebido prescrições contínuas por mais de 3 meses, recomendando que ele ou ela, gradualmente, faça a redução das doses. Tal estratégia foi mais eficaz que os cuidados rotineiros. Encaminhar pacientes para assistência psicológica, também pode aumentar mais ainda as chances de sucesso com relação à retirada. Esse estudo sugere que novas pesquisas foquem, no desenho dos protocolos de retirada, nas estratégias psicossociais mais impactantes, período ideal para completar o regime de retirada total do BZD e durações do tratamento via RGD.

3.2 Estudos relacionados à retirada da medicação ansiolítica

Quando se fala na retirada da medicação ansiolítica, já se espera que em 80% dos pacientes ocorra a piora dos sintomas e apenas de 1/3 a 1/4 dentre aqueles que pararem o uso, conseguirão permanecer sem outro indutor de sono (SOCIEDADE BRASILEIRA DE SONO, 2002). Por outro lado, na experiência clínica da doutora Ashton (2002), a maior parte das pessoas que utilizaram benzodiazepínicos, por um longo período, na verdade, sentem-se melhores após estarem livres da dependência.

Vicens et al (2006) afirmam que o uso crônico de benzodiazepínicos é estimado, aproximadamente, em 2% da população e que, apenas 6 % das pessoas conseguem abandonar o medicamento, espontaneamente, sem qualquer tipo de intervenção. Após a retirada gradual do medicamento benzodiazepínico, alguns estudos que fizeram seguimento por 12 meses alcançaram taxas de sucesso na retirada que variavam de 24% a 51%. E, mesmo com mais de seis meses sem utilizar qualquer tipo de medicamento, pessoas que utilizaram BZD por um período prolongado, continuam a apresentar déficits cognitivos, se comparados com pessoas que nunca usaram ansiolíticos. Foi encontrada significativa piora nas áreas de memória verbal, performance no controle motor e memória não-verbal, entre as pessoas que foram dependentes de BZD, mas já estavam em completa abstinência, há mais de seis meses (BARKER et al, 2005).

Para Ashton (2002), a retirada de BZD deve ser adequada a cada caso, podendo durar até um ano e meio, a depender do tempo necessário para que, tanto o corpo, como a mente da pessoa, possam se ajustar à vida cotidiana, após anos de dependência. Provavelmente, pessoas que utilizaram por vários anos, precisem de um tempo maior para a retirada total do BZD, se

comparado a uma pessoa que utilizou por apenas alguns meses. A retirada, para idosos que utilizaram BZD por aproximadamente 20 anos, deve seguir os mesmos passos adotados com adultos, com uma lenta retirada para tolerar os efeitos colaterais. Também sugere que se mantenha a dose, quando a pessoa queixar um aumento da sintomatologia e, só retomar a diminuição da dose, uma ou duas semanas após a pessoa sentir-se estabilizada, novamente.

É difícil encontrar estudos internacionais, que pesquisem a retirada de BZD, dentro de serviços que se assemelhem com as unidades de atenção básica, no Brasil. Porém, foi interessante encontrar um estudo realizado por Vicens et al (2006). Esses pesquisadores propuseram um estudo aleatório, sem duplo-cego focado, na prática de três médicos de família que atuavam em centros públicos de saúde, de regiões urbanas da Ilha de Mallorca. Propuseram fazer uma intervenção estruturada a um grupo, que consistiu de uma orientação padrão sobre o uso do BZD e uma proposta de redução da dose, gradativamente.

Foram selecionadas 139 pessoas, divididas, aleatoriamente, em dois grupos. O Grupo Intervenção-GI (73 pessoas) que passou por uma entrevista padronizada. As pessoas foram atendidas a cada 15 dias, para orientações específicas, quanto à retirada do BZD (redução de 10 a 25% da dose inicial a cada consulta). O Grupo Controle – GC (66 pessoas) que recebeu informações sobre a importância da retirada e se manteve a conduta já cotidiana de consultas mensais. Em ambos os grupos, na primeira consulta da pesquisa, as pessoas foram avaliadas quanto à ansiedade e depressão. A média de idade de toda a amostra era de 59 anos (DP 11,4) e 82% dos participantes eram mulheres. Dentre as razões para iniciar o uso do BZD, foram alegados com mais frequência: ansiedade, insônia e sintomas depressivos, sendo que em 67,5% dos casos, a prescrição foi feita pelo médico da família.

A intervenção durou uma média de 2,6 meses (variando de um a sete meses). Nas consultas de seguimento, para avaliar os resultados, no Grupo Intervenção, após 6 meses, pararam totalmente o uso de BZD 39,7% das pessoas e com 12 meses esta porcentagem subiu para 45,2%. Esse percentual foi, significativamente, menor no Grupo Controle, pois com 6 meses, apenas 3,1% havia interrompido o uso de BZD e, com 12 meses, apenas 9,1%. Baixaram o consumo para menos da metade da dose inicial 21,9% do GI e 16,7% do GC. Comparados os dois grupos, o risco relativo para a retirada total do BZD, com 12 meses de acompanhamento, foi de 4,97% (95% CI= 2,22 a 11,10). O risco para redução absoluta foi de 0,361 (95% CI= 0,22 a 0,50) e seria de 3 (95% CI= 2 a 4) o número de pessoas que precisa ser tratada para obter a retirada.

Não houve efeitos adversos severos, nem durante o processo de dose-redução, nem nos 12 meses seguintes. No GI apareceram os seguintes sintomas de abstinência: insônia em

20,5% dos participantes; ansiedade em 15% e irritabilidade em 13,6%. Tais números demonstram que não houve uma alta prevalência de sintomas, que provocassem incômodo importante nas pessoas envolvidas.

Os resultados sugerem que a intervenção estruturada que utilizou apenas uma entrevista padrão e orientação, a cada duas semanas, para a redução gradual monitorada do BZD, foi 5 vezes mais efetiva, para a descontinuação do uso prolongado de BZD, que a prática usual. Houve a proporção de um caso bem sucedido, para cada três casos acompanhados, e os benefícios persistem por pelo menos 12 meses.

Um dado interessante é que com o início da retirada do BZD, o organismo volta a passar por estágios de sono mais profundos (estágios 3 e 4), até chegar ao chamado sono *Rapid Eyes Movement* (REM). Dessa forma, a queixa de despertar noturno, com aumento de pesadelos durante a noite, na verdade, indica que a qualidade do sono está sendo restaurada. E, gradativamente, a pessoa irá passar pelo sono REM, sem despertar no decorrer da noite (ASHTON, 2002).

Foi muito explicitador o texto de Jorgensen (2007) que relatou uma experiência implementada, num município da Dinamarca, onde médicos clínicos gerais conseguiram reduzir a prescrição de drogas que tinham como princípio ativo os benzodiazepínicos e o zolpidem.

A estratégia utilizada pela equipe, de acordo com Jorgensen (2007), apenas tornou prática o que a lei dinamarquesa já determinava, através das seguintes ações: eliminação de prescrições por telefone; prescrição do medicamento, após consulta médica; prescrição de medicamento apenas para um mês; discussão entre médico e paciente, em cada consulta, sobre possíveis modificações futuras, no tratamento, incluindo as possíveis reduções periódicas do medicamento. Foi utilizado o banco de dados do sistema de saúde, para avaliar o número de prescrições por médico, antes e após a estratégia, bem como material de capacitação para retirada dos medicamentos, para equipe médica, paramédica e usuários do serviço de saúde e questionário de avaliação para os médicos envolvidos. Por fim, também houve a mobilização, por parte da mídia local, no momento de iniciar-se a estratégia, esclarecendo à população sobre o uso racional da medicação e riscos advindos do uso por tempo prolongado.

Como principais resultados, Jorgensen (2007) apontou que, quinze meses após o início da intervenção, houve a redução de 50,3% no uso dos medicamentos do grupo do zolpidem, 46,5% no uso dos benzodiazepínicos hipnóticos e 41,7% no uso dos benzodiazepínicos ansiolíticos. Nos três primeiros meses da intervenção, houve o aumento de 4,3 consultas, para

cada 1000 pacientes, mas, logo em seguida, esse índice caiu para 2,1 consultas. Nos questionários, os médicos avaliaram que esta reorganização, com relação às prescrições, provou ser mais fácil do que a princípio esperava-se.

Sobre a preocupação a respeito da substituição do BZD por outra droga psicotrópica, após a retirada do primeiro, é interessante destacar o estudo de Gorgels et al (2007). O referido estudo aconteceu com 2425 pacientes, usuários de BZD, por tempo prolongado (mais de 3 meses), que estavam participando do programa de intervenção holandês, com médicos da família, nomeado como Benzoreduz. O programa iniciava-se com uma carta que informava sobre a descontinuação do BZD (primeiro passo). Após 3 meses era feita uma consulta para avaliar o uso de BZD. As pessoas que não conseguiram interromper o uso, nessa primeira fase, foram convidadas a participar do segundo passo (dividindo-se em 3 grupos aleatórios): a) procedimento de redução gradual, juntamente com grupo psicoterápico; b) procedimento de redução gradual sem grupo psicoterápico; c) cuidados de rotina.

O resultado mais importante desse estudo foi que, um programa de redução do benzodiazepínico, na atenção básica à saúde, não aumentou a prescrição de outras drogas psicotrópicas, ressaltando que nem mesmo o número de prescrição de antidepressivos foi alterado com esse programa. O alto índice de prescrição de antidepressivos esteve relacionado apenas com a prescrição desses mesmos medicamentos, no momento em que a pesquisa iniciou. Ficou evidenciado que a descontinuação do BZD não provocou mudança, no padrão de uso dos antidepressivos.

No estudo realizado, no Canadá, por Morin et al (2005), encontrou-se uma alta porcentagem (43%) de recaídas, nos dois anos que se seguiram, após a retirada do benzodiazepínico. Esse estudo também constatou que houve uma maior chance de não retornar ao uso do BZD, nos grupos de pacientes que passaram pela retirada gradual supervisionada da medicação, sozinha, ou combinada com Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), para a insônia. O grupo que recebeu apenas TCC apresentou mais recaída que os dois anteriores. Também o tempo médio sem uso de BZD foi maior, no Grupo de Retirada Gradual (18,6 meses) e no Grupo que combinou retirada gradual com TCC (12,6 meses), se comparado ao Grupo que recebeu apenas TCC (8,5 meses).

É interessante destacar que o processo de medicalização envolve não só o paciente, mas, principalmente, o profissional que o acompanha, e, portanto, é o responsável pelo tratamento com o ansiolítico. No estudo de Pimlott et al (2003) foi utilizada uma capacitação com médicos, para modificar a atitude em relação à prescrição de múltiplos medicamentos para idosos. Nesse estudo foi enviado material educativo sobre o uso racional de ansiolíticos,

para um grupo de médicos, e, sobre uso racional de antibióticos, para outro grupo. Ao comparar a capacitação sobre uso de ansiolíticos à capacitação sobre uso de antibióticos, ambas tiveram resultados baixos, demonstrando como é difícil mudar condutas médicas.

Depois de terem sido vistos os estudos internacionais e nacionais, sobre o uso de ansiolíticos e, a importância dos protocolos de retirada, bem como, a constatação da inexistência de protocolos de retirada de ansiolíticos adaptados à realidade brasileira, elegeu-se como objeto dessa pesquisa-ação, as práticas de cuidado em saúde mental, construídas pelas equipes da ESF. Tem-se como foco, a prescrição continuada de ansiolíticos, a construção de estratégias de retirada dessa medicação e um recorte de análise, que leva em conta as questões de gênero que serão detalhados no capítulo a seguir.

CAPÍTULO IV- METODOLOGIA

A pesquisa realizada caracteriza-se como uma pesquisa-ação, com adaptações aos modelos propostos por Brandão (1985) e Thiollent (2007), no sentido de propiciar aos participantes a reflexão e transformação das práticas de saúde, desenvolvidas em seu cotidiano. Adotou-se, de forma complementar, recursos das metodologias quantitativa e qualitativa, conforme propõem Minayo e Sanches (1993). No primeiro momento, realizou-se um levantamento estatístico, sobre usuários e usuárias de ansiolíticos, atendidos nas ESF escolhidas, para mapeamento e diagnóstico do campo. Esse levantamento propiciou uma primeira aproximação com as equipes, e auxiliou no planejamento das etapas seguintes dessa pesquisa. Os dados verificados, além de darem visibilidade ao tema, provocaram novos questionamentos que nortearam o desenvolvimento de estratégias de ação realizadas no segundo momento da pesquisa.

Dentro da metodologia quantitativa, o uso de cálculos matemáticos e técnicas estatísticas são importantes, para analisar diferentes fenômenos. Quando o foco da pesquisa recai sobre o fenômeno saúde-doença, a utilização de técnicas estatísticas pode definir-se como epidemiologia (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006). Essa disciplina é considerada uma ferramenta importante, nos estudos de saúde coletiva, e, por isso, foi a escolhida, para analisar os grupos populacionais atendidos pelas equipes de saúde da família selecionadas para este estudo. Com base na epidemiologia, serão realizados cálculos de fator de risco, prevalência e perfil de usuários de ansiolíticos.

A escolha por utilizar técnicas quantitativas teve um caráter estratégico, pois a leitura do dado empírico facilitou o debate inicial com as equipes de saúde. Por outro lado, sabe-se que esta metodologia, por si só, não capta os significados construídos por profissionais e usuários de ansiolíticos, acerca da prática de medicalização do sofrimento. Daí a importância da metodologia qualitativa, empregada no segundo momento da pesquisa, para análise das práticas e ações desenvolvidas.

O mapeamento do campo pesquisado confirmou o apontado, no levantamento bibliográfico, configurando como problema de pesquisa, o alto número de pessoas fazendo uso de ansiolíticos por tempo prolongado. Portanto, foram levantadas como hipóteses a serem testadas, na primeira parte da pesquisa: 1. As mulheres são mais medicadas com BZD que os homens; 2. As mulheres utilizam a medicação BZD, por tempo mais prolongado que os

homens; 3. Os médicos especialistas são os principais prescritores atuais de ansiolíticos; 4. Os médicos da ESF são os principais repetidores de receita de ansiolíticos.

Para Minayo (2007) as pesquisas quantitativas, de caráter positivista, têm o risco de minimizar problemas teóricos e transformar o pesquisador em um levantador de dados. Mas, se realizadas com cuidado, são importantes, para captar as regularidades dos fenômenos sociais devendo, também, contemplar as relações históricas e representações que envolvam os sujeitos da ação.

Já a abordagem qualitativa concebe a realidade dinâmica entre sujeito e mundo, sendo indissociáveis o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Daí a impossibilidade da formulação de leis imutáveis, pois não há mais dados neutros e quantificáveis, mas, sim, objeto com significados nascidos das relações concretas entre sujeito e ação.

Para Rey (1999), a pesquisa qualitativa constrói-se na investigação participativa, pois tem como berço, as investigações no campo das ciências sociais. Para ele, a emergência da experiência qualitativa, é, na verdade, a emergência de uma nova epistemologia que se apóia em três princípios que têm profundas conseqüências, no nível metodológico:

- _ O conhecimento é uma produção construtiva-interpretativa.
- _ O caráter interativo do processo de produção do conhecimento.
- _ Significação da singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento.

A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela busca de explicação de processos que existem em complexas e dinâmicas inter-relações que, para serem compreendidas, exigem o estudo integral dos mesmos e não sua fragmentação em variáveis. Outro ponto definidor da pesquisa qualitativa é que a mesma destaca-se pelo desenvolvimento de um diálogo progressivo e constituído, conjuntamente, que é a fonte principal para a produção de informação. Dessa maneira, os momentos informais são tão importantes para a pesquisa, quanto os formais. Os instrumentos deixam de ser os protagonistas da pesquisa, pois os sujeitos investigados alcançam o *status* de produtores do conhecimento.

A construção de informações advindas do momento empírico, não se refere simplesmente à acumulação dos dados produzidos, nessa instância, mas, sim, às ideias, conceitos, e construções que se integram de forma indissolúvel, dentro da produção de informação empírica.

Com base nesses princípios, foi utilizada a metodologia qualitativa da pesquisa-ação, para investigar as práticas de saúde mental. Incluiu-se uma análise de gênero e o desenvolvimento de estratégias de ação voltadas para o empoderamento dos/das participantes e para a construção de novas práticas de saúde. Na segunda etapa da pesquisa, mereceu

especial destaque o trabalho de sensibilização em gênero realizado com os/as profissionais integrantes das equipes, visando a trazer mudanças nos níveis pessoais, organizacionais e institucionais. Espera-se que as temáticas discutidas, nessa pesquisa-ação, gerem reflexões entre os/as profissionais das equipes da ESF, sobre as relações de gênero, no nível pessoal e nas práticas de saúde direcionadas à comunidade.

4.1 Objetivo geral

Investigar as interfaces entre saúde mental e gênero, a partir da análise das práticas de cuidado e medicalização, desenvolvidas por profissionais de equipes da estratégia saúde da família (ESF).

4.2 Objetivos específicos

1. Levantar, nos prontuários das ESF, a prevalência e o perfil dos usuários masculinos e femininos de medicação ansiolítica.
2. Comparar os dados dos usuários masculinos e femininos, tendo em vista a prevalência do uso de BZD, os fatores de risco, idade, tempo de tratamento e situações sócio-econômicas.
3. Identificar as principais práticas de cuidado usadas por agentes comunitários de saúde, enfermeiros/as e médicos/as, para lidar com homens e mulheres em situação de sofrimento psíquico.
4. Identificar a compreensão que esses/as profissionais têm da relação entre condição de gênero e adoecimento psíquico.
5. Realizar sensibilização em gênero com os/as profissionais das equipes, visando a um melhor uso dessa categoria, nos atendimentos das equipes de saúde da família.
6. Promover discussões sobre a importância dos protocolos de retirada de ansiolítico e construir estratégias de retirada com profissionais e usuários(as).
7. Identificar e refletir sobre os discursos construídos pelos(as) profissionais para o uso, a manutenção e a retirada de ansiolíticos, quando se refere aos homens e mulheres.
8. Investigar, em quais modelos de saúde e relações de poder, os discursos dos/das trabalhadores(as) são construídos em relação ao atendimento de homens e mulheres.

Os objetivos 1 e 2 referem-se à primeira etapa da pesquisa e, os demais, à segunda, conforme descrevemos mais à frente.

4.3 Primeira etapa da pesquisa

4.3.1 Caracterização do campo e descrição dos participantes da pesquisa

O estudo foi realizado em seis equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de duas cidades brasileiras: Assis, cidade com aproximadamente 92.965 habitantes, localizada no oeste paulista; e, Goiânia, capital do Estado de Goiás, com aproximadamente 1.244.645 habitantes (IBGE, 2007).

A escolha por trabalhar com duas cidades, de estados e regiões diferentes, foi importante para observar-se as diferenças na atuação da ESF, pois, como se sabe, suas práticas de cuidado são construídas em conjunto. Nessa construção, participam gestores, profissionais e usuários de cada região, estado, município e comunidade, dentro da rede SUS, mas com características próprias, em função da gestão das políticas locais e regionais. Por outro lado, reconhece-se que a escolha de diferentes municípios, quanto ao porte, localização e políticas distintas, na construção da rede SUS, não representa o universo de peculiaridades brasileiras, embora o constitua.

Convém lembrar-se de que um fator que contribuiu para a escolha de Assis e Goiânia, como campos de pesquisa, foi o vínculo da pesquisadora com as duas cidades, o que facilitou não só o contato com as equipes pesquisadas, mas, principalmente, a construção da proposta de pesquisa-ação.

Vale acrescentar que a cidade de Assis foi também escolhida como um desafio à pesquisadora que até o momento, só havia pesquisado equipes de Goiânia. Tal desafio dizia respeito tanto ao trabalho com um município pequeno, mas que se localiza no interior do Estado de São Paulo, bem como à forma de entrada no campo e contato pesquisador-pesquisado. Havia, ainda, certa curiosidade em conhecer um município da rede SUS paulista, que em muitos momentos é citada como referência, tanto positiva, quanto negativa, para o restante do país.

A cidade de Goiânia estava dividida em sete Distritos Sanitários. Para esse estudo, foi escolhido o Distrito Sanitário Sudoeste, porque o mesmo já possuía um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tipo II, para Transtornos Mentais, desde 2004. Este CAPS, já havia desenvolvido atividades em rede, sobre o uso de medicamentos ansiolíticos com mulheres (RABELO; TAVARES, 2008).

No momento da pesquisa, a cidade de Assis contava com onze equipes da Estratégia Saúde da Família, uma localizada na zona rural e dez, na zona urbana. Enquanto que, em Goiânia, havia 159 equipes da Estratégia Saúde da Família. Participaram dessa etapa da

pesquisa duas equipes da ESF da cidade de Assis e quatro da cidade de Goiânia. A escolha das equipes foi feita em conjunto com a Coordenação da Estratégia Saúde da Família, da cidade de Assis, e, em Goiânia, com a Coordenação da Estratégia Saúde da Família do Distrito Sanitário Sudoeste. Para a escolha das equipes, foi pedido que as coordenações indicassem aquelas que estivessem localizadas em regiões habitadas por populações com as mesmas características sócio-demográficas. Um segundo critério, seria escolher dois tipos de ESF: uma que tivesse a maior parte de seus integrantes trabalhando, na comunidade, há mais de cinco anos, e outra que tivesse entre seus membros pessoas com menos de dois anos de trabalho, na comunidade.

Foram avaliados todos os prontuários de usuários e usuárias de ansiolíticos das seis Equipes Saúde da Família (ESF), selecionadas, totalizando 132 participantes. Optou-se por selecionar todas as pessoas que estavam utilizando apenas os ansiolíticos diazepam e clonazepam, no momento da coleta de dados. Justifica-se a escolha de apenas dois benzodiazepínicos, por serem esses medicamento os mais utilizados, na prática clínica, e também, porque ambos são dispensados pelas farmácias do SUS.

Os/As participantes deste estudo foram: 1) Profissionais que trabalham, na Estratégia Saúde da Família das equipes selecionadas; 2) Usuários/Usuárias de diazepam e clonazepam atendidos(as), nas equipes selecionadas

Cada equipe da ESF trabalha com um/uma médico(a), um/uma enfermeiro(a), agentes comunitários de saúde, técnicos(as) de enfermagem, auxiliar de enfermagem. Em algumas equipes existem equipes de saúde bucal, composta por odontólogo(a) e técnico(a) em higiene bucal. Sendo assim, participaram dessa fase do estudo: 04 médicos(as); 04 enfermeiros(as); 32 agentes comunitários de saúde; 10 técnicos(as) de enfermagem; 01 odontólogo(a) e 02 técnicos(as) de higiene dental.

Nessa etapa da pesquisa, participaram ao todo 53 profissionais. É importante esclarecer que duas equipes estavam com seus/suas enfermeiros(as) em licença médica; duas equipes estavam sem médico(a) e faltavam ACS em várias equipes.

4.3.2 Instrumentos

Foram elaborados dois modelos de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): um para profissionais (APÊNDICE A) e outro para usuários de ansiolíticos (APÊNDICE B) atendidos, nas ESF selecionadas.

Foi criado um questionário (APÊNDICE C) composto por três partes: a primeira foi composta por dados coletados nos prontuários das ESF, e complementados por informações

do/da usuário(a), caso o dado não estivesse anotado em prontuário; a segunda, foi coletada junto aos usuários das ESF; e, por fim, a terceira, com dados coletados junto aos agentes comunitários de saúde. As três partes continham, ao todo, 32 questões, assim divididas:

- Parte I (itens de 1 a 14) – levantamento dos dados sócio-demográficos.
- Parte II (itens de 15 a 30) - informações sobre a droga psicotrópica utilizada, prescritor, informações sobre o tratamento, condições de saúde e hábitos de saúde.
- Parte III (itens 31 a 33) – esta última parte foi respondida, apenas pelos(as) ACS, para não constranger os(as) respondentes, pois avaliava se no domicílio deles/delas havia suspeita da existência de usuários de substâncias ilícitas, de situações de violência doméstica, exploração sexual e de renda ilícita.

4.3.3 Descrição dos procedimentos

Após aprovação do projeto de pesquisa, junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP de Assis, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, sob o parecer nº 006/2009, em junho de 2009, foram contatadas as Secretarias de Saúde de Goiânia-Goiás e Assis- São Paulo. Nesse contato, solicitou-se agendamento de reuniões com os gestores das equipes de Saúde da Família (ESF) de cada município. Durante os meses de julho e agosto de 2009, em ambos os municípios, houve uma primeira reunião com os/as gestores/gestoras, para explicar todas as fases da pesquisa, responder às dúvidas, ouvir sugestões sobre o trabalho, no campo e escolher as ESF que participariam da pesquisa.

Como havia sido previsto, caso mais de 20% dos/das profissionais não aceitasse participar da pesquisa, seria feita a escolha de outra ESF. Porém, isto não foi necessário, visto que após a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte de todos/todas os/as trabalhadores das ESF que estariam envolvidos na pesquisa, mais de 90% de todos os/as profissionais das equipes selecionadas aceitaram participar e assinaram os TCLEs, dentre eles/elas estavam: médicos/médicas, enfermeiros/enfermeiras, técnicos/técnicas de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos/odontólogas e técnicos/técnicas em higiene bucal.

A reunião para a apresentação da pesquisa foi realizada em separado com cada ESF, na própria unidade de saúde, no horário de trabalho, previamente agendada, e com a presença de todos os trabalhadores do serviço. Na cidade de Goiânia, também houve a presença dos/das gestores/gestoras distritais, responsáveis pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. Tais

gestores/gestoras pertencem ao Distrito Sanitário responsável por todas as ESF, da região sudoeste, da cidade de Goiânia.

Com relação aos/às usuários/ usuárias dos serviços de saúde, o TCLE foi lido com cada um/uma e foi explicado que poderiam concordar ou, não, em participar da pesquisa. Para todos/as os/as usuários foi deixado uma cópia assinada do TCLE por parte da pesquisadora, para que pudessem buscar informações, em qualquer momento da pesquisa. Por parte dos usuários(as), não houve recusa em participar da pesquisa.

Após as reuniões com as ESF, iniciou-se a coleta de dados que se constituiu de duas formas: uma análise documental, onde primeiro buscou-se os dados a serem levantados, junto aos prontuários das ESF; aplicação do questionário, onde realizou-se a visita domiciliar a todos/as os/as usuários/usuárias de benzodiazepínicos (diazepam e clonazepam) de cada ESF, para complementar o preenchimento do questionário com os dados inexistentes, nos prontuários.

Esta fase ocorreu entre os meses de agosto e dezembro de 2009. Na cidade de Goiânia, necessitou-se de um tempo maior para completar as visitas domiciliares, porque as equipes estavam participando, no ano de 2009, do primeiro módulo do curso de formação de Agentes Comunitários de Saúde, e, portanto, só poderiam realizar as visitas, acompanhados pela pesquisadora, num dos turnos de trabalho, visto que no outro, estavam em aula.

A primeira forma de procura por usuários/usuárias de ansiolíticos seria a busca pelas prescrições em prontuário. Porém, as próprias equipes concluíram que haveria falha nesta busca, por dois motivos: muitos/muitas usuários/usuárias recebem a prescrição de outro/a médico/médica que não aquele/aquela que trabalha, na Estratégia Saúde da Família por esse motivo, esse dado poderia não aparecer, no prontuário da ESF; muitos/muitas médicos/médicas não anotam em prontuário a receita prescrita ou repetida.

Uma segunda forma de busca por usuários/usuárias de ansiolíticos foi através dos relatórios das farmácias, dos centros de saúde e ambulatório de especialidades, que são responsáveis pela dispensação da medicação ansiolítica. Foram analisados os relatórios dos primeiros seis meses de 2009, de medicação ansiolítica prescrita pelos/ pelas médicos/médicas cadastrados/as nas ESF pesquisadas. Foi feito o cruzamento de dados entre os nomes de usuários/usuárias que receberam a medicação nas farmácias e os nomes de usuários/usuárias cadastrados/as na ESF. Porém, essa informação foi insuficiente, visto que, em Goiânia, a maioria dos nomes listados pela farmácia não foram encontrados pelas ESF. Já em Assis, as ESF já contavam com a listagem de pessoas que faziam uso de medicação

ansiolítica e não foi necessário acessar a farmácia do ambulatório de especialidades, para obter esse dado.

Como forma de tentar chegar a todos/as os usuários/as de ansiolíticos, primeiro pediu-se aos/às Agentes Comunitários de Saúde, participantes, que fizessem um levantamento atualizado, junto às famílias cadastradas por eles/elas de pessoas com o seguinte perfil: homens e mulheres, maiores de 18 anos, que estivessem usando ou tivesse usado, nos últimos três meses, as seguintes medicações: diazepam e/ou clonazepam, que é mais conhecido como Rivotril. Dos/Das 32 ACS que trabalhavam nas ESF selecionadas, 27 apresentaram nomes de usuários/usuárias de ansiolíticos e, apenas três, não encontraram usuários/usuárias de ansiolíticos, nas áreas onde atuavam.

Após esse passo, a pesquisadora anotou os dados que constavam nos prontuários das pessoas relacionadas pelos ACS, e, para completar o questionário com os dados que não foram encontrados nos prontuários da família, foram propostas duas formas de coleta: alguns/algumas ACS preferiram preencher os dados, na próxima visita que fizessem às famílias; outros/outras ACS preferiram conversar sobre a pesquisa com as pessoas selecionadas, e, caso concordassem, a visita domiciliar seria agendada, com a pesquisadora. Essa segunda forma foi a mais utilizada, em função dos receios apresentados pelos/pelas ACS, sobre alguns dados do questionário.

Após a aplicação de todos os 132 questionários, foi realizada a análise descritiva dos resultados que será apresentada, no capítulo, que analisa os dados desta primeira etapa da pesquisa. Após essa análise, foi proposta uma reunião com as equipes, para devolução dos dados e sensibilização das mesmas, quantos às questões de gênero que envolvem as práticas em saúde. Essa reunião com as equipes será detalhada, no próximo tópico, pois já faz parte da proposta intervenção, delineada para esta pesquisa-ação.

4.4 Segunda etapa da pesquisa

Esta parte da pesquisa foi iniciada, após a análise dos dados quantitativos levantados nas equipes de Assis e Goiânia, ocorrida entre junho/2010 a junho/2011. Nessa etapa da pesquisa-ação, foi utilizada a metodologia qualitativa, para a construção da proposta de intervenção. A intervenção incluiu, dentre seus procedimentos: grupos de discussão e sensibilizações em saúde mental e gênero. Tais intervenções serviram como suporte, para as equipes de saúde construírem intervenções, para a retirada de BZD.

Deve-se destacar que tanto na construção da ação, como em sua análise, fez-se o recorte que transversaliza este estudo: a perspectiva de gênero que tenta compreender como as relações e dinâmicas sociais são capazes de atualizar-se, na manutenção da dominação feminina (MUÑOZ, 2007). Nesse sentido, “gênero” foi tomado não apenas com uma variável ou categoria empírica, mas como uma categoria de análise em todo o processo de produção dos dados.

Os procedimentos realizados nesta fase da pesquisa envolveram dois momentos consecutivos:

1. Reunião com trabalhadores para sensibilização sobre saúde mental e gênero na ESF, problematização dos dados, e, desenvolvimento de protocolos para retirada de ansiolíticos, junto aos trabalhadores das ESF e aos usuários dos serviços.
2. Desenvolvimento e acompanhamento das ações em saúde das ESF, para retirada de BZD através de: grupos de discussão com profissionais, estudos de caso, grupo com usuários(as) de BZD, e visitas domiciliares.

4.4.1 Participantes

Para o primeiro momento da intervenção, que foi a reunião com as equipes da ESF, participaram todas as equipes já descritas, na primeira etapa da pesquisa (53 profissionais). Já o segundo momento, onde se desenvolveu a pesquisa, e foram acompanhadas as ações das ESF, para a retirada de BZD. Isso ocorreu somente com as equipes de Goiânia. Nessa cidade, ocorreu a redistribuição de áreas e equipes, passando de quatro para cinco equipes, totalizando 43 profissionais. Nas equipes chegaram quatro novos médicos(as), um(a) enfermeiro(a) e cinco ACS.

Nesta etapa da pesquisa, no momento em que se iniciou o protocolo de retirada de BZD, participaram 72 pacientes vinculados(as) às cinco equipes da ESF, de Goiânia.

No capítulo de análise dos dados, quando for necessário utilizar algum extrato de fala, serão dados nomes fictícios aos participantes, ou apenas será mencionada a profissão do/da participante, com o objetivo de manter a confidencialidade.

4.4.2 Instrumentos e materiais utilizados

Para esta etapa da pesquisa-ação, onde se realizou a reunião de devolução dos dados, para as equipes da Estratégia Saúde da Família, com a sensibilização sobre as questões de gênero e descontinuação do uso de ansiolíticos, foram utilizados:

- Folhas de respostas para a dinâmica “Percurso” (APÊNDICE D)
- Folha de respostas para análise dos dados quantitativos desagregados por sexo (APÊNDICE E)
- Textos para discussão sobre retirada de BZD (APÊNDICE F)
- Material para Dinâmicas de Grupo (APÊNDICE G)

Durante a coleta de dados, o diário de campo foi utilizado como instrumento para anotar tudo que ocorreu nos momentos em que a pesquisadora acompanhou os trabalhos das equipes de saúde da família, realizou reuniões com trabalhadores e usuários das unidades de saúde e fez visitas domiciliares.

4.4.3 Descrição dos procedimentos

Inicialmente, foram realizadas reuniões com trabalhadores, para sensibilização sobre saúde mental e gênero na ESF, problematização dos dados da primeira etapa da pesquisa e desenvolvimento de protocolos para retirada de ansiolíticos. Essas reuniões ocorreram nos meses de junho e julho de 2010, no horário de trabalho, com duração de, aproximadamente, duas horas para cada encontro. Esses encontros foram organizados, na forma de sensibilização em gênero. Para isso, contou com metodologias participativas, para acessar as temáticas: gênero e saúde mental.

Os dois primeiros momentos dessa reunião foram os mesmos para todas as equipes da ESF e serão detalhados no capítulo de discussão dos resultados. No primeiro momento, foi realizada uma dinâmica para problematizar os estereótipos de gênero e, logo após, discutiu-se os dados encontrados na primeira etapa da pesquisa. A terceira e última parte da reunião foi tratada de forma diferente, nos dois municípios. Em Assis, apenas refletiu-se sobre possíveis encaminhamentos e, em Goiânia, construiu-se um protocolo para retirada de BZD.

Após esse encontro, foi acertada com as equipes de Assis uma reunião com a gestão municipal da saúde, para discutir os dados encontrados, visto que a maior parte de usuários/usuárias tinham como médico(a) responsável pelo tratamento com ansiolíticos, especialistas da rede de atendimentos do Sistema Único de Saúde de Assis.

A reunião com os/as gestores(as) da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Mental, do município de Assis, aconteceu em 13 de agosto de 2010. Foi feita uma proposta de intervenção, que necessitaria do envolvimento de especialistas (neurologistas e psiquiatras) de outras unidades de saúde. A gestão preferiu não iniciar, naquele momento, a sensibilização desses especialistas, por questões políticas. Por esse motivo, nessa etapa, esse estudo foi

finalizado em Assis. Vale acrescentar que a facilidade de acesso e abertura da gestão em Goiânia possibilitou a continuidade do estudo com as equipes nessa cidade. Ressalte-se, ainda, que o volume de informações colhidas nesse município, seria suficiente para a proposta de pesquisa-ação.

Na cidade de Goiânia, o terceiro momento da reunião caracterizou-se pela construção do protocolo, para retirada de BZD. Ao final da reunião, foi acordada a forma de implementação de um protocolo, para retirada de ansiolíticos, com definição de datas e responsabilidades. Esse é o assunto que será discutido, no sexto capítulo.

Em Goiânia, de agosto de 2010 a junho de 2011, foi feito o acompanhamento das ações em saúde das ESF, para retirada de BZD, através do recorte de gênero como categoria de análise. Esse acompanhamento foi realizado através de grupos de discussão, com profissionais, estudos de caso, grupo com usuários(as) de BZD e visitas domiciliares. Aconteceram:

- 12 grupos de discussão com a equipe_ com a presença de médico(a), enfermeiro(a) e agentes comunitários de saúde. O objetivo desse encontro era discutir as estratégias utilizadas, na retirada de ansiolíticos e planejar novas ações, com base na sensibilização em saúde mental e gênero.
- 05 reuniões para estudos de caso_ com a presença de médico(a), enfermeiro(a) e agentes comunitários de saúde. O objetivo desse encontro era discutir a história de vida de cada paciente em retirada de ansiolítico, propor intervenções e fazer problematizações das práticas de saúde, com base na categoria gênero. Em dois encontros houve a presença do psiquiatra-matricial.
- 10 grupos com usuários/usuárias de ansiolíticos_ com a presença de enfermeiras das ESF, duas ACS de cada equipe e usuários(as) com interesse em retirar BZD. O objetivo desse grupo era ressignificar o uso do ansiolítico, apoiar as estratégias de retirada e problematizar as práticas de cuidado em saúde.
- 19 visitas domiciliares a usuários/usuárias de ansiolíticos_ com o apoio da ACS responsável pela área. Essas visitas ocorreram, a partir da demanda da equipe por novas avaliações e orientações específicas a usuários(as), que não participaram dos encontros grupais e estavam em retirada de BZD.

O conteúdo desses encontros será discutido no capítulo seis, onde se faz a análise dos dados dessa segunda etapa da pesquisa. Para essa análise será utilizada a perspectiva feminista de gênero debatida por Scott (1995).

CAPÍTULO V- ANÁLISE DOS DADOS DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA

Foram avaliados 132 questionários de usuários/usuárias dos ansiolíticos/benzodiazepínicos, diazepam e clonazepam, das seis equipes pesquisadas. Com esses dados, buscou-se responder aos dois primeiros objetivos específicos da pesquisa, ou seja, levantar a prevalência e o perfil dos usuários de ansiolíticos e comparar os dados dos usuários masculinos e femininos.

Dividiu-se a análise em três partes. A primeira, refere-se ao tratamento com ansiolíticos realizado, nas equipes de saúde da família pesquisadas. A segunda, apresenta os dados sócio-demográficos dos(as) usuários(as), correlacionando-os com o tempo de uso do ansiolítico. E, por último, são analisados os hábitos de saúde e a situação de vulnerabilidade social dos(as) usuários(as).

5.1 O tratamento com ansiolíticos, nas equipes da ESF pesquisadas

As equipes da ESF pesquisadas nesta primeira etapa foram numeradas de um a seis, sendo que a tabela 1 apresenta o perfil de atendimento de cada uma delas. São detalhados por equipe: o número de famílias cadastradas em áreas com a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no cotidiano, descritas como “áreas cobertas”, e o número de famílias cadastradas em áreas sem a presença de Agentes Comunitários de Saúde, também nomeadas como “áreas descobertas”; número de famílias atendidas e homens e mulheres usuários(as) de ansiolíticos (diazepam e clonazepam).

Tabela 1- Perfil das Equipes de Saúde da Família selecionadas para o estudo.

Equipe	Áreas com ACS	Áreas sem ACS (área descoberta)	Famílias Cadastradas nas áreas cobertas	Famílias Cadastradas nas áreas descobertas	Total de Famílias Cadastradas	Número de usuários de ansiolíticos		Usuários de ansiolíticos
						Homem	Mulher	
1	4	2	530	378	908	3	16	19
2	6	1	663	70	733	4	9	13
3	4	0	986	0	986	11	25	36
4	3	0	605	0	605	11	24	35
5	8	0	1122	0	1122	4	14	18
6	7	1	1009	145	1154	2	9	11
Total	32	4	4915	593	5508	34	97	132

A cidade de Assis, com apenas duas equipes, responde por 53,8% do total de questionários avaliados, enquanto que a cidade de Goiânia, com quatro equipes, representa 46,2% dos dados coletados. A renda familiar dos participantes variou de 0 a 4 salários mínimos, na cidade de Goiânia, com uma média de 1,69 salários mínimos por família (DP

1,0), sendo que 62,3% das famílias pesquisadas recebiam ente 1 e 2 salários mínimos mensais. Na cidade de Assis, as famílias recebiam entre 0 e 10 salários mínimos, com uma média, por família, de 2,2 salários (DP 1,4), nessa cidade, 63,5% das famílias também recebiam entre 1 e 2 salários mínimos por mês.

Do total de participantes, a maioria foi do sexo feminino, sendo 78,7% de mulheres, na cidade de Goiânia e, 69% da cidade de Assis (Tabela 2). Com relação à etnia, destaca-se que em Assis 56,3% dos/das participantes autoidentificaram-se como brancos/brancas, enquanto que em Goiânia, 63,9% identificou-se como pardo/parda. A média de idade foi de 57,4 anos, na cidade de Assis e de 51,6 anos, na cidade de Goiânia. O número de residentes por domicílio foi maior em Goiânia (4,20), que em Assis (3,06). Enquanto que a média de cômodos por domicílio foi quase a mesma.

Tabela 2- Porcentagem de participantes com base no sexo e etnia e média de residentes e cômodos, por domicílio, e por cidade.

Cidade	Sexo dos Participantes (%)		Etnia dos participantes (%)			Idade		Número de Residentes por domicílio		Número de cômodos por domicílio	
	Fem	Mas	Pardo	Negro	Branco	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Assis	69,0	31,0	29,6	14,1	56,3	57,4	15,0	3,06	1,41	4,94	1,59
Goiânia	78,7	21,3	63,9	9,8	26,2	51,6	12,4	4,20	2,19	4,87	1,32

Quanto ao fornecimento de energia elétrica e coleta de lixo, 100% dos entrevistados tinham acesso a estes serviços. Quanto ao serviço de tratamento de esgoto, houve uma completa inversão dos dados, pois enquanto em Assis 100% das residências têm acesso a este serviço, em Goiânia, nenhum domicílio entrevistado, possuía tratamento do esgoto. Na cidade de Assis, 100% das residências dos participantes tinham também o abastecimento de água tratada, enquanto em Goiânia, esse valor cai para 80,3%. As casas construídas com tijolos foram a maioria em ambos os municípios (Assis 93% e Goiânia 100%). E conforme demonstra a tabela 3, a grande maioria dos/das participantes prefere frequentar grupos religiosos (60,6% em Assis e 65,6% em Goiânia).

Tabela 3- Porcentagem de participação em grupos, na comunidade, por cidade.

Cidade	Participação em Grupos		
	Associação de Moradores	Grupos Religiosos	Não Participa
Assis	1,4%	60,6%	38,0%
Goiânia	1,6%	65,6%	32,8%

A tabela 4, demonstra os principais meios de transporte utilizados, em cada domicílio onde residiam os/as participantes desse estudo. Destaca-se que em Assis utiliza-se mais,

frequentemente, o ônibus e o carro próprio, enquanto que, em Goiânia, o ônibus apareceu como meio mais utilizado pela grande maioria dos/das residentes em cada domicílio.

Tabela 4- Porcentagem de utilização dos principais meios de transporte, por cidade.

Cidade	Principais Meios de Transporte mais usados por domicílio							
	Carro Próprio		Ônibus		Moto		Bicicleta	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Assis	47,9%	52,1%	52,1%	47,9%	11,3%	88,7%	32,4%	67,6%
Goiânia	14,8%	85,2%	88,5%	11,5%	8,2%	91,8%	4,9%	95,15

Dentre as Equipes de Saúde da Família estudadas, pode-se perceber (Gráfico 1) uma porcentagem quase equivalente entre homens e mulheres, maiores de 18 anos atendidos por ESF. Porém essa equivalência encerra-se, exatamente, no momento em que se avaliam as porcentagens de usuários(as) de ansiolíticos. Em duas equipes, há uma predominância entre mulheres usuárias, em torno dos 80% e, nas quatro equipes restantes, esse número varia entre 69% e 77%, demonstrando uma porcentagem muito maior de mulheres recebendo medicação ansiolítica, se comparadas à porcentagem de homens usuários da mesma medicação. Ressalta-se que, em todas as equipes, o número de mulheres foi maior que o dobro do número de homens usuários de ansiolíticos.

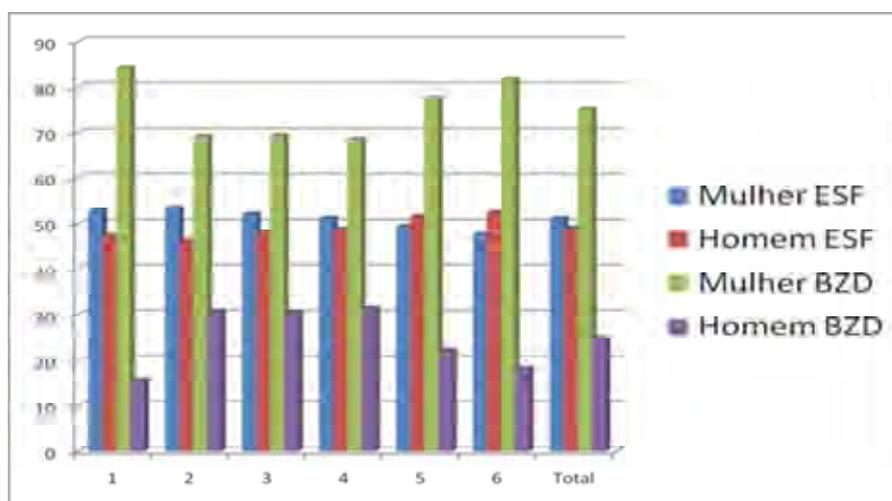


Gráfico 1. Porcentagem de mulheres e homens atendidos por ESF e mulheres e homens usuárias(os) de BZD, por equipe.

Utilizando-se o cálculo para fator de risco, encontra-se que mulheres têm 2,07 mais risco de ser o grupo, para quem prescreve-se ansiolíticos, que o grupo dos homens, nesta população estudada.

Para se observar a prevalência de usuários de BZD, precisa-se do número total de adultos atendidos, em cada equipe da estratégia saúde da família. O corte de tempo para essa análise seria de pessoas que estivessem em uso de BZD, nos últimos três meses, do início da coleta de dados, ou seja, que já utilizavam BZD entre maio e julho de 2009. Dentre as seis

equipes, há um total de 51,14% mulheres e 49,02% homens maiores de 18 anos vinculados a esses serviços de saúde. Dentro desta população, as taxas de prevalência de usuários (as) dos BZD selecionados (Tabela 5) são, significativamente mais altas entre o grupo de mulheres, que entre o grupo de homens, em todas as equipes de ESF estudadas. Apenas na equipe dois, o resultado não manteve o IC de 95%. A prevalência total do uso do BZD foi de 1,54% entre as mulheres e 0,61% entre os homens.

Tabela 5. Resultados da comparação por sexo, sobre a taxa de prevalência (x 100) de usuários de benzodiazepínicos, através de Teste de Proporção e Intervalo de Confiança-IC 95%.

Equipes	Taxa de Prevalência de usuários de Benzodiazepínicos (%)					
	Fem		Mas		p	IC (%)
	N	(%)	N	(%)		
1	987	1,62	884	0,33	0,041 (4,1%)	0,4 a 2,2
2	950	0,94	815	0,49	0,2518 (25,18%)	-0,3 a 1,2
3	1134	2,20	1041	1,05	0,0332 (3,32%)	0,1 a 2,2
4	636	3,77	606	1,81	0,0352 (3,52%)	0,1 a 3,8
5	1099	1,27	1073	0,37	0,0196 (1,96%)	0,1 a 1,7
6	1455	0,61	1318	0,15	0,0441 (4,41%)	0 a 0,9
Total	6261	1,54	5737	0,61	0,0001 (0,01%)	0,57 a 1,31

Tais resultados destacam como a presença da equipe da ESF não tem alterado os processos de medicalização do sofrimento psíquico, principalmente, quando se trata de mulheres. Confirma-se a primeira hipótese desse estudo a de que as mulheres são mais medicadas com ansiolíticos que os homens. Esse dado pode ser ainda maior, visto que, nesse estudo, foram pesquisadas apenas pessoas que utilizam dois tipos de ansiolíticos: diazepam e clonazepam (Rivotril).

É difícil fazer a comparação desses achados com outros estudos, pois a prevalência do consumo de BZD tem sido estudada entre idosos, mulheres ou grupos sócio-econômicos específicos. Não foi encontrado nenhum estudo que avaliasse a prevalência, apenas entre usuários das ESF. Avaliando-se a alta prevalência entre mulheres, esses achados equiparam-se a um estudo realizado, na cidade de São Paulo, com uma amostra de 1742 participantes (MARI et al, 1993). O referido estudo detectou que as mulheres utilizam medicações ansiolíticas mais que os homens, iniciando o uso por volta dos 43 anos de idade.

Já, no estudo de Lima et al (2008), em uma cidade de 108 mil habitantes, pesquisou-se 1023 sujeitos com mais de 15 anos de idade e se encontrou que 3,1% utilizou BZD, nos três dias anteriores à entrevista. Desagregado por sexo, esses valores passam a ser: 5,7% de mulheres e 2,2% de homens usuários(as) de BZD, nos últimos três dias.

No grupo pesquisado, destaca-se o consumo de diazepam (68%) maior que de clonazepam (28%), em quase todas as ESF. Outro dado importante é a ocorrência de uso

concomitante de ambas as drogas, em três ESF. A Tabela 6 demonstra a porcentagem de usuários e usuárias por tipo de medicamento utilizado, em cada uma das ESF, mas apenas na ESF 1 há uma equivalência no uso de diazepam e clonazepam. Em todas as ESF restantes, destaca-se o consumo de diazepam, maior que de clonazepam. O alto consumo de diazepam é destacado, principalmente, nas equipes 3 e 4, onde esta diferença foi de aproximadamente 70 pontos percentuais.

Tabela 6. Porcentagem de usuários e usuárias de ansiolíticos atendidos nas ESF, por tipo de medicamento, em cada ESF.

Equipes	Tipos de medicamentos (%)		
	Diazepam	Clonazepam	Ambos
1	42,1	47,4	10,5
2	61,5	23,1	15,4
3	83,3	13,9	2,8
4	85,7	14,3	—
5	72,2	27,8	—
6	63,6	36,4	—

As doses iniciais da prescrição de diazepam variaram de 3 a 30 gramas. A maior parte dos participantes relatou iniciar o tratamento com 10 mg por dia. Essa dosagem (10mg/dia) é também a mais relatada como a dose/dia prescrita, atualmente, pelos médicos. Esse fato revela que os profissionais não seguem o protocolo de início da prescrição, utilizando doses mais baixas, aumento gradativo das doses até a melhora dos sintomas e até que se possa diminuir, novamente, a prescrição, chegando-se à retirada total. Tal resultado coincide com o estudo de Cruz et al (2006), onde a dosagem de 10 mg/dia foi predominante, parecendo indicar uma influência da padronização do programa de governo, nomeado como “dose-certa”.

Para os pacientes que utilizaram o clonazepam/rivotril, foi utilizado de 0,25 mg a 40 mg ao dia. A dose de 1 mg/dia foi a mais comum dentro desse grupo de participantes da pesquisa. Esse grupo, também, não apresentou diferenças significativas na dosagem inicial e dosagem atual.

Sobre o uso de BZD, foi perguntado se os participantes já precisaram pegar a medicação emprestada de alguém, ou mesmo, se já a deram para algum familiar ou vizinho, na forma de empréstimo, ou mesmo para ajudá-los em alguma situação específica. Os resultados apontam que 42,4% da amostra já vivenciou esse tipo de situação. Esse dado é importante, se for analisado, como o consumo de BZD pode ser disseminado em relações familiares ou culturais que valorizam a medicalização, em detrimento de outras estratégias psicossociais, para lidar com o sofrimento psíquico, conforme já foi pesquisado por

Mendonça et al (2008), quando constatou a difusão de calmantes entre idosas, para tratar conflitos e/ou problemas cotidianos.

Foi feito um teste “t” para amostras independentes (Tabela 7), com um intervalo de confiança de 95%, mas não houve diferença significativa entre o grupo de homens e mulheres, quanto à idade dos participantes. Nota-se que há uma média de idade aproximada entre mulheres (55,35) e homens (53,03). Porém, quanto ao número médio de anos de uso da medicação, os homens apresentam 1,53 anos a mais que as mulheres. Mas, deve-se ressaltar que o desvio padrão foi alto em relação a todas as médias o que demonstra a alta variabilidade, dentro de cada intervalo de idade. As mulheres apresentam uma média de idade de 55 anos e utilizam ansiolíticos por volta de 9,7 anos, enquanto que os homens têm 53 anos em média e 11,06 anos, utilizando ansiolíticos.

Tabela 7. Médias e Teste Estatístico da Idade e anos de uso dos participantes em função do sexo.

	Média de Idade				Anos de Uso de BZD			
	Média	DP	T	p	Media	DP	T	P
Mulheres	55,35	13,88			9,78	9,18		
Homens	53,03	14,92	0,83	0,40	11,06	10,50	-0,81	0,42

O número de anos utilizando BZD é alarmante, pois demonstra um tempo de uso prolongado, que não está tratando o sofrimento, mas apenas prolongando a dependência ao BZD. Outro dado importante é a idade média, pois nesse estudo, a população usuária deste tipo de medicação não são pessoas idosas, conforme estudos anteriores apontavam (RIBEIRO et al, 2007; HUF, LOPES, ROZENFELD, 2000; CRUZ et al, 2006). Com estes dados, percebe-se que, nas equipes pesquisadas, os homens têm sido medicados por mais tempo que as mulheres, o que refuta a segunda hipótese, proposta para esse estudo.

Por outro lado, percebe-se que o mecanismo utilizado pela medicalização das relações sociais perpassa, tanto o grupo de homens, quanto o grupo de mulheres. Mas é, significativamente, maior entre as mulheres, demonstrando como as práticas de cuidado terminam por reproduzir práticas de controle, sobre o corpo feminino, conforme já destacou Schraiber (2005).

Para melhor compreender a variabilidade da idade e anos de uso de ansiolíticos, a partir de cada equipe de saúde de família, foi feito novo teste “t”, com um intervalo de confiança de 95% (Tabela 8). Apenas as médias de anos de uso das equipes 3, 4 e 5 foram estatisticamente significativas, de acordo com o Teste de Levene. Na equipe 3, a média de anos de uso foi de 8,40 anos para as mulheres e 3,73 para os homens. Porém, ocorreu o inverso, na equipe 4, onde os homens apresentaram 15,45 anos de uso de ansiolíticos, e, portanto, bem mais que a média de 9,50 anos de uso das mulheres. Na equipe 5, ambos

tiveram mais de 10 anos de uso. No entanto, houve uma diferença pequena entre mulheres (14,57anos) e homens (12,75 anos). Esses dados demonstram que não há um padrão de prescrição entre as equipes, denotando que a forma como a equipe percebe o sofrimento e opta, ou não, por manter a prescrição de ansiolíticos, tem conexão com as variáveis individuais e sociais dos/das pacientes atendidos(as) nas equipes.

O dado encontrado é extremamente importante, para se pensar políticas públicas que tentem intervir, na capacitação e matriciamento das ESF, pois apenas após realizar o diagnóstico de cada equipe é que se pode detectar a cultura local e práticas de medicalização que estão sendo desencadeadas. Pode-se trabalhar, também, os estereótipos de gênero que estejam transversalizando as práticas de cuidado em saúde.

Tabela 8. Média de idade e Média de anos de uso de ansiolíticos (diazepam e clonazepam) dos participantes, em função dos sexos dos participantes, separados de acordo com as equipes de saúde da família.

Equipes e Categorias	Feminino		Masculino		Teste Estatístico			
	M	DP	M	DP	Teste "t"	Gl	Teste de Levene	
1	Idade	49,69	11,24	34,33	0,58	2,311	17	n.s
	Anos de uso	8,19	5,26	7,00	8,66	0,328	17	n.s
2	Idade	51,22	9,55	51,25	9,53	-0,005	11	n.s
	Anos de uso	6,78	9,32	17,50	13,08	-1,702	11	n.s
3	Idade	60,48	16,89	56,73	13,80	0,646	34	n.s
	Anos de uso	8,40	9,38	3,73	4,49	1,565	34	0,015
4	Idade	54,63	14,82	57,27	12,68	-0,512	33	n.s
	Anos de uso	9,50	7,88	15,45	12,60	-1,710	33	0,014
5	Idade	55,50	11,99	39,25	18,68	2,124	16	n.s
	Anos de uso	14,57	12,86	12,75	3,86	0,274	16	0,017
6	Idade	57,00	9,58	68,50	9,19	-1,543	09	n.s
	Anos de uso	12,78	9,55	21,50	9,19	-1,173	09	n.s

Com relação à prescrição dos benzodiazepínicos, foram avaliados os seguintes tópicos: qual especialista foi o(a) primeiro(a) prescritor(a), qual especialista é o(a) principal prescritor(a), atualmente, o número de consultas com o(a) prescritor(a) principal atual, se necessita de um(a) segundo(a) prescritor(a), para repetir receitas e o número de receitas repetidas ao ano.

Quando são avaliadas todas as equipes da ESF, em conjunto, percebe-se que neurologistas (31,8%) e psiquiatras (29,5%) foram os(as) profissionais responsáveis pelo início do tratamento com BZD (Gráfico 2). Esse dado mostra que não é o(a) médico(a) da ESF (12,1%) que inicia o uso de BZD e, sim, outros especialistas. Mas quando se avalia o

responsável pela primeira prescrição de ansiolítico, em cada ESF pesquisada, percebe-se que não há um padrão de prescrição ao compará-las (Gráfico 3). Também vale ressaltar o alto número de prescrições de BZD iniciadas por outros especialistas (18,2%), sendo que esta categoria é até maior que a de médicos(a) da ESF.

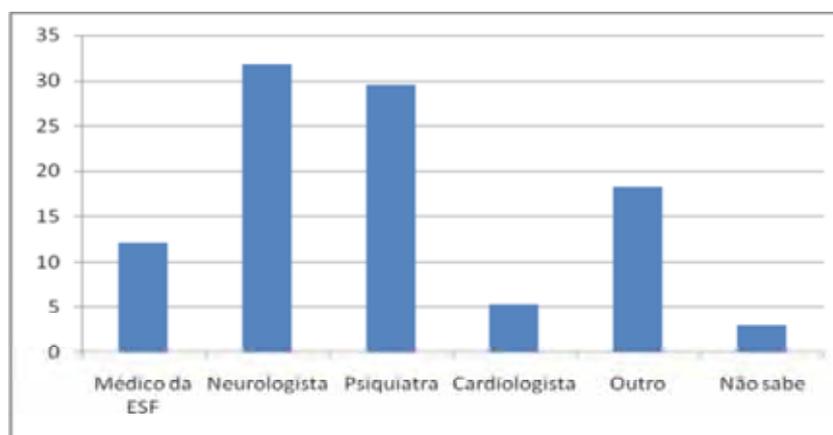


Gráfico 2. Porcentagem de especialistas responsáveis pela primeira prescrição de benzodiazepínico aos(as) usuários(as) das ESF.

Quando se analisa o perfil do primeiro prescritor de BZD, por equipe, percebe-se um funcionamento bem distinto entre as mesmas (Gráfico 3). Nas equipes de Assis (3 e 4), destacaram-se o(a) neurologista, como responsável pela primeira prescrição de benzodiazepínicos, em 63,9% e 40% dos casos, respectivamente. Já as equipes de Goiânia, apresentam um perfil completamente diferenciado das equipes de Assis. O(A) psiquiatra se destaca como o profissional que primeiro iniciou o uso de BZD, nas equipes 1 (57,9%), 2 (38,5%) e 5 (50%). Apenas na equipe 6, a categoria outros especialistas (63,6%) foi a que mais iniciou a prescrição de ansiolíticos, sendo que nesta equipe o médico da ESF (27,3%) aparece em segundo lugar, como iniciador de tratamento com BZD.

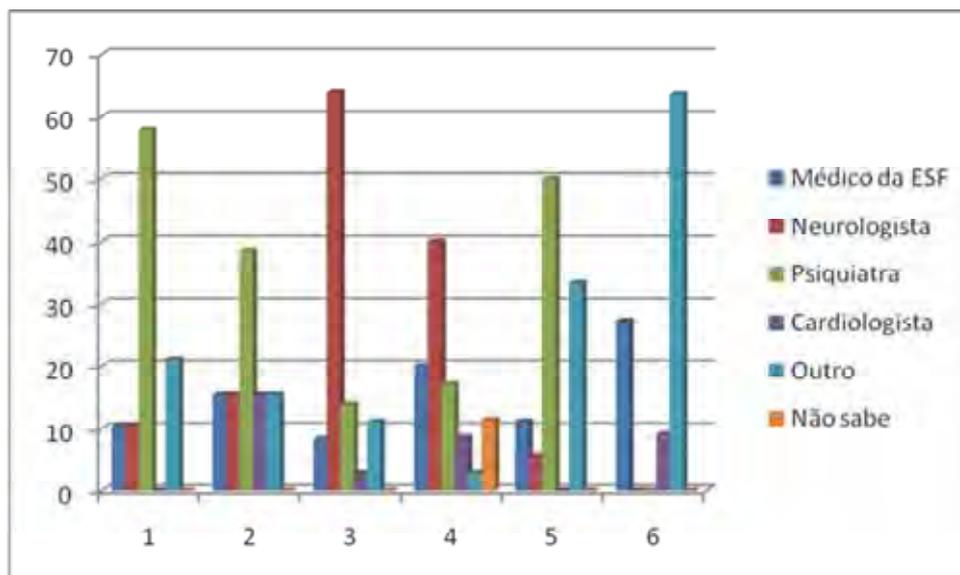


Gráfico 3. Porcentagem de especialistas responsáveis pela primeira prescrição de benzodiazepínico aos(as) usuários(as), por equipe da Estratégia Saúde da Família.

O gráfico 3 também pode ser analisado, a partir de outras perspectivas. Pode-se observar que as equipes 3 e 4, que são de Assis, apresentam uma grande influência de neurologistas como primeiro prescritor. Esse fato demonstra como a construção da rede de atenção em saúde mental, com apenas a presença de ambulatórios de especialidades e CAPS, sem a discussão de um projeto de saúde mental comum, pode influenciar as práticas de saúde, por toda a rede. Por outro lado, nas equipes de Goiânia, psiquiatras e especialistas, que não são da área da saúde mental, são os profissionais que mais iniciam a prescrição de BZD.

Cabe destacar, no gráfico 3, que uma das equipes de Goiânia, a ESF 6, apresenta como principais primeiros prescritores de BZD, outros especialistas da área médica (63,9%), que não eram vinculados à saúde mental. Os especialistas nomeados como “outros”, nessa equipe foram: clínicos gerais, ginecologistas, gastrologista e proctologista.

Cabe salientar como foi importante o levantamento de quem foi o prescritor principal e prescritor atual, pois pôde-se fazer um percurso temporal, junto com os(as) participantes da pesquisa, sobre sua história de vida, desde o momento que iniciaram o tratamento com BZD. A aplicação do questionário foi muito rica, pois muito além de responder às questões fechadas, os(as) participantes puderam resgatar em sua história o momento da entrada do ansiolítico, o que se passava naquele instante e como se sentiram ajudados por profissionais. Nesse momento, também relataram como passaram a acreditar que, aquela medicação seria necessária para toda a vida, e, assim, iniciaram o ciclo de pedir que novos profissionais repetissem a receita do BZD.

Foi avaliado junto aos participantes qual o(a) prescritor(a) principal responsável, atualmente, pelo acompanhamento do(a) usuário(a) e pela prescrição de benzodiazepínicos

(Gráfico 4). O profissional da ESF aparece como principal prescritor(a) atual de ansiolíticos (34,1%), e, logo em seguida, vem neurologista (29,5%) e psiquiatra (21,2%). Esses resultados demonstram como a responsabilização pela manutenção da prescrição de BZD tem sido feita por (as) médicos(as) da ESF e, especialistas da área da saúde mental.

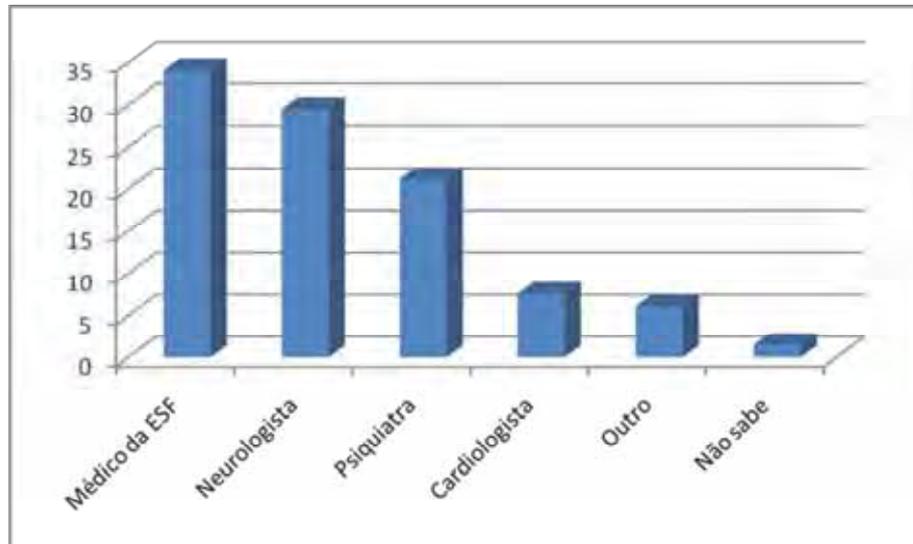


Gráfico 4. Porcentagem de especialistas responsáveis pela prescrição atual de benzodiazepínicos aos(as) usuários(as) das ESF.

Quando se avalia esse dado por ESF (Gráfico 5), percebe-se uma equivalência entre os(as) médicos(as) da ESF e psiquiatras, como sendo os(as) principais prescritores(as) atuais de benzodiazepínicos, nas equipes 1 (47,4%; 47,4%), 5 (33,3%; 38,9%) e 6 (36,4%; 36,4%), respectivamente. Apenas nas equipes de saúde da família 2 e 3 destacam-se apenas um(a) especialista como principal prescritor(a), sendo que na equipe 2 é o(a) próprio(a) médico(a) da equipe (53,8%), enquanto que na equipe 3, a maior parte das prescrições, são feitas por neurologistas (63,9%). Por último, na equipe 4, encontra-se uma equivalência entre médico(a) da ESF (34,3%) e neurologista (37,1%), como sendo os (as) principais prescritores(as).

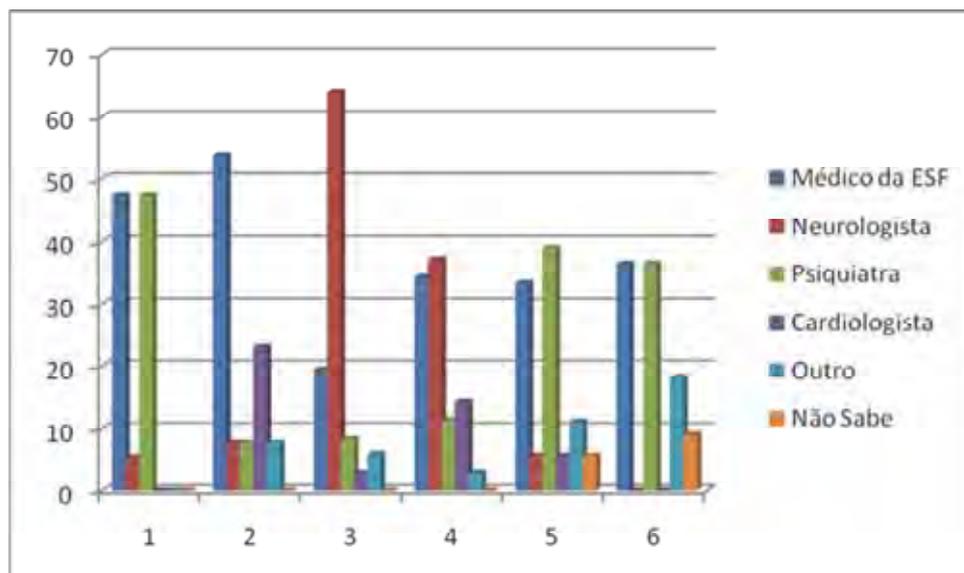


Gráfico 5. Porcentagem de especialistas responsáveis atualmente pela prescrição de benzodiazepínicos aos usuários, por equipe da estratégia saúde da Família.

Ao se comparar os profissionais que primeiro prescreveram BZD e os profissionais que atualmente são os prescritores desta medicação (Gráfico 6), percebe-se que médicos da ESF não eram os principais responsáveis pelo início do tratamento com BZD (12,1%), mas, atualmente, são os principais prescritores (34,1%). Ocorre o inverso com neurologistas e psiquiatras que eram os profissionais que mais iniciaram a prescrição de BZD, respectivamente, 31,8% e 29,5%, mas, atualmente, tem uma ligeira diminuição na responsabilidade pelo tratamento atual com BZD, passando a 29,5% e 21,2%. Tais resultados refutam a terceira hipótese desse estudo, pois demonstram que médicos da ESF, destacaram-se como principais prescritores atuais de BZD.

O gráfico 6 também aponta como a quantidade de outros especialistas que iniciaram o tratamento com BZD (18,2%), cai para um terço da porcentagem inicial (6,1%), quando se refere à porcentagem de especialistas que são os prescritores atuais de BZD. Tal dado demonstra como especialistas, que não são da área da saúde mental, iniciam o tratamento com BZD, em algum momento da vida do paciente, mas não se responsabilizam pela retirada do mesmo. Esse dado também pode sugerir como a falta de informação, sobre os riscos da utilização continuada de BZD e a dificuldade de acesso ao mesmo médico que iniciou a prescrição, terminam por propiciar a dependência ao BZD.

Na análise sobre os especialistas que mais prescrevem BZD, para pacientes atendidos na ESF, destaca-se, também, os/as cardiologistas. Esses/Essas especialistas aparecem em 5,3% dos casos, como o primeiro prescritor e sobe para 7,6%, como prescritores atuais de BZD. Tal fato pode estar ligado à quantidade de pacientes que utilizam, continuamente, o BZD e que também apresentam hipertensão e diabetes. Portanto, são acompanhados por

cardiologistas e pela equipe de ESF, simultaneamente, mas consideraram o cardiologista como prescriptor principal e o médico da ESF, apenas o repetidor da receita

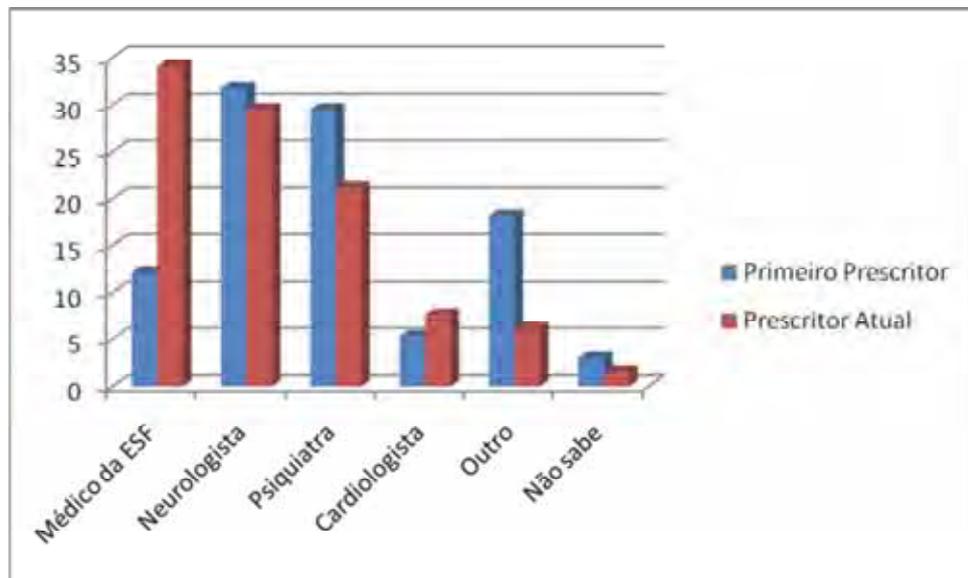


Gráfico 6. Comparação entre profissionais que foram primeiro prescritores de BZD e profissionais que são os prescritores atuais.

Para melhor compreender como o tratamento com BZD tem sido desenvolvido, avaliou-se a quantidade de consultas com o principal prescriptor, e que é, portanto, considerado como o profissional responsável pelo tratamento (Tabela 9). Destaca-se que os atendimentos mensais (13,6%), a cada dois meses (7,6%) e a cada três meses (9,1%) são os mais utilizados pelo(a) médico(a) da ESF. Enquanto que, para neurologistas e cardiologistas, os retornos anuais (26,5% e 4,5% respectivamente) ou de até duas vezes ao ano (1,5% e 0,8%) foram os mais comuns. Apenas na área de psiquiatria, houve uma mudança, pois apareceram com mais frequência os atendimentos a cada 2 meses (8,3%) e a cada três meses (7,6%), como os que mais ocorrem. Esses resultados demonstram que o médico da ESF é o mais acessível, mas não se reconhece com autonomia para alterar a prescrição feita por um especialista e propor a retirada do BZD. Por outro lado, os pacientes mantêm-se vinculados a um especialista, que os vê uma vez ao ano. Portanto, a retirada termina por não ocorrer, porque esse profissional não acompanha o paciente, mensalmente.

Tabela 9. Porcentagem de consultas de retorno ao ano, com prescriptor(a) principal, por especialidade médica.

Prescritor(a) Principal	Mensal	A cada 2 meses	A cada 3 meses	A cada 4 meses	De uma a duas vezes ao ano	Total
Médico (a) da ESF	13,6	7,6	9,1	1,5	2,3	34,1
Neurologista	0,8	1,5	—	0,8	26,5	29,5
Psiquiatra	1,5	8,3	7,6	1,5	2,3	21,2
Cardiologista	0,8	0,8	1,5	—	4,5	7,6
Outra Especialidade	2,3	1,5	0,8	—	1,5	6,1
Não Sabe	—	—	0,8	0,8	—	1,5

A dificuldade do acesso à consulta criou um dispositivo que é a repetição da receita, ou seja, o paciente pede que algum médico, que pode ser o profissional responsável por seu tratamento, ou não, que apenas repita a receita da medicação, sem uma nova consulta. Para esse estudo, considerou-se como repetição de receitas, aquelas que foram obtidas sem consulta ou com consulta, mas com outro prescritor que não o responsável pelo tratamento. Dessa forma, 57,6% dos usuários de BZD respondeu que nunca precisou repetir receita, e o restante necessitou retornar uma média de 6,3 vezes ao ano, solicitando a repetição da receita ao médico(a).

Analisou-se dentre os participantes que precisaram buscar a repetição da receita, qual era o profissional responsável pelo tratamento dos mesmos, e que, na verdade, não foi acessível, para que o paciente retornasse em consulta. Por esse motivo, encontrou-se que, do total que necessitou repetir receita, 62% consultava-se com neurologistas, 20% com psiquiatras e 9% com cardiologistas. Esse resultado demonstra a gravidade do sistema de referência à especialistas, dentro do Sistema Único de Saúde, pois estabelece um ciclo de referências e contra-referências que não presta o atendimento necessário à pessoa em sofrimento, e, pelo contrário, é iatrogênico ao prolongar e agravar a dependência ao BZD.

Nesse estudo, o(a) médico(a) da ESF aparece como o(a) mais buscado (84%) e depois aparece o(a) psiquiatra, onde 11% das pessoas retornam, para repetir a prescrição do ansiolítico. Nesse sentido, a entrada da ESF não alterou as práticas de medicalização do sofrimento. Pelo contrário, apenas facilitou a entrada e manutenção dos BZD, em regiões com graves problemas sociais. Também propiciou a não responsabilização pelo tratamento em saúde, pois o sistema de referência para especialistas, fomenta o ciclo de encaminhamentos e repetição de receitas de BZD, por parte das equipes da ESF. Dessa forma, confirma-se a quarta hipótese desse estudo que propunha que o médico da ESF seria o principal repetidor de prescrições de BZD.

Em vários prontuários pesquisados, encontrou-se algo inusitado, parte de uma caixa de medicamento BZD (Figura 1), ou mesmo prescrições antigas de BZD, grampeadas na frente dos prontuários de cada paciente. Quando levava-se esses prontuários para as discussões de caso, as equipes começavam a rir e, só depois, retiravam a caixa ou prescrição grampeada. Esse fato fez a equipe pesquisadora pensar, como o medicamento chega para a consulta, antes da pessoa e, como as equipes têm aceitado, prontamente, o papel de repetidoras de padrões de cuidado em saúde.

No movimento de repetição de receitas, também, pode-se perceber o fluxo de poder que perpassam as relações, na rede de atenção à saúde, visto que, muito provavelmente, médicos(as) das ESF não irão questionar prescrições feitas por especialistas, principalmente, se forem especialistas da área da saúde mental, como psiquiatras e neurologistas.



Figura 1. Foto de capa de prontuário em uma das ESF pesquisadas, de Ionara Rabelo, em 28/03/2011, durante reunião para estudo de caso.

Sobre o acesso ao medicamento: 62,1% pega a medicação nas farmácias do SUS, 18,2% compra a medicação e 19,7% utiliza as duas formas (SUS e compra a medicação). Quando questionados se receberam a informação acerca do tempo total do tratamento, apenas 37,1% afirmou ter recebido esta informação, enquanto que 61,4% não foram orientados sobre o tempo total de tratamento com benzodiazepínicos. O que mais chama a atenção é que, mesmo entre aqueles que responderam terem recebido informação sobre o tempo de uso, a maior parte dos participantes disse que o tempo de tratamento é indeterminado, utilizando as seguintes expressões: “usar o remédio até morrer”, “é para tomar enquanto precisar”, “tomar até ficar bom”, “tomar sempre”, “de forma contínua”. E apenas uma pessoa recebeu a orientação para tomar até três meses. Esse dado evidencia a banalização da prescrição de benzodiazepínicos, sem a devida responsabilização sobre o manejo da droga, o que propicia a crença de que apenas o uso desta medicação já é suficiente para tratar o sofrimento psíquico, nomeado como nervosismo e insônia.

Sobre os riscos que envolvem o uso de ansiolíticos, 75,8% respondeu que não foi orientado sobre esse assunto. Dentre os 22 % que receberam algum tipo de orientação, metade disse que foi informado sobre o risco de dependência, e só alguns falaram sobre o risco de

associar a medicação ao uso de bebida alcoólica. Esse dado aproxima-se do estudo de Lacerda et al (2004), onde apenas 13% dos usuários de ansiolíticos entrevistados haviam recebido instruções, sobre as seguintes precauções: não beber, ter cuidado com atividades que exigiam atenção e risco de dependência.

Essa situação pode ser mais alarmante, se pensar que a maioria das pessoas que receberam tais prescrições, nesse estudo, são mulheres adultas com a média de idade de 55 anos, moradoras de bairros periféricos, com várias dificuldades de acesso à escola e trabalho. O cenário que se forma, então, é de uma intolerância à escuta do sofrimento, e, a opção que as equipes da ESF tem assumido, estão embasadas, na prescrição de um medicamento que irá calar o sofrimento.

5.2 Dados sócio-demográficos dos/das usuários(as), em relação ao tempo de uso de ansiolíticos

O uso contínuo de benzodiazepínicos, por tempo prolongado, já foi detectado por alguns pesquisadores brasileiros (ALVARENGA et al, 2008; CRUZ et al, 2006; CARLINI et al, 2006). A partir dessa revisão teórica, já se esperava também que, nesse estudo, fosse encontrado o uso continuado, e, por um longo período de tempo, de BZD. Portanto, foram avaliados alguns dados sócio-demográficos, para este período, em que os participantes da pesquisa utilizaram a medicação ansiolítica. O tempo médio do uso do BZD, nesse estudo, foi de aproximadamente 9,7 anos para as mulheres e 11,06, para os homens. Por conseguinte, foram avaliados os seguintes dados sócio-econômicos, referentes ao período, antes de iniciar o tratamento com o BZD e, no momento atual: estado civil, escolaridade, realização de curso profissionalizante, situação de trabalho e renda média familiar.

A maioria dos participantes estava casado(a) (59,1%), antes de usar o BZD e se mantém casados, no momento atual (46,2%). O segundo maior grupo é de pessoas que estavam solteiros(as) (22,7%), antes do início do BZD e continuam solteiros(as), atualmente, (18,9%). Houve aumento, no momento atual, no grupo de amasiados(as) (13,6%), o grupo de viúvos(as) (14,4%) e, por fim, do grupo de pessoas que estão separados(as) (6,8%).

Buscou-se analisar este mesmo dado desagregado, por sexo. Verifica-se que, para as mulheres (Gráfico 7), houve redução de solteiras (de 17,5% para 14,4%) e de casadas (de 62,9% para 47,4%), seguindo quase os mesmos percentuais alcançados, na análise dos dois sexos juntos. Contudo, o grupo de viúvas dobrou, passando de 9,3% para 18,6%.

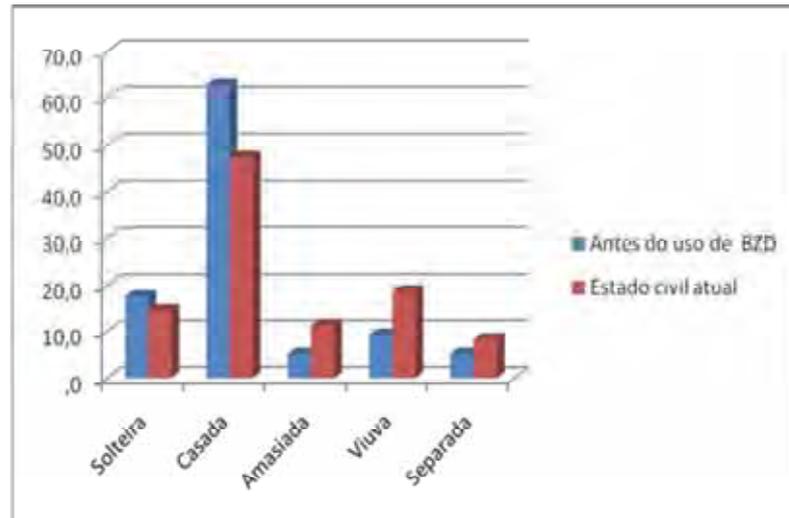


Gráfico 7. Porcentagem do estado civil de mulheres antes do uso de BZD e atualmente.

No caso dos homens (Gráfico 8), o grupo de solteiros era muito maior, antes de usar o BZD (37,1%) e se mantém mais que o dobro, atualmente (31,4%), se comparados aos dados gerais e às mulheres. É interessante avaliar-se este dado, a partir da perspectiva dos estudos que afirmam que os homens beneficiam-se mais do casamento, enquanto as mulheres são mais penalizadas, pela sobrecarga de trabalho doméstico, situações de violência, e outras. Percebe-se, assim, que muitos usuários de BZD estariam solteiros.

Sobre a porcentagem de homens casados, houve pouca alteração nesse grupo, pois reduziu-se apenas 5,7% pontos percentuais, comparando-se antes do uso de BZD e, no momento atual. Enquanto que para as mulheres essa redução foi de 15,5%. Já o grupo de homens amasiados foi sempre maior que o de mulheres.

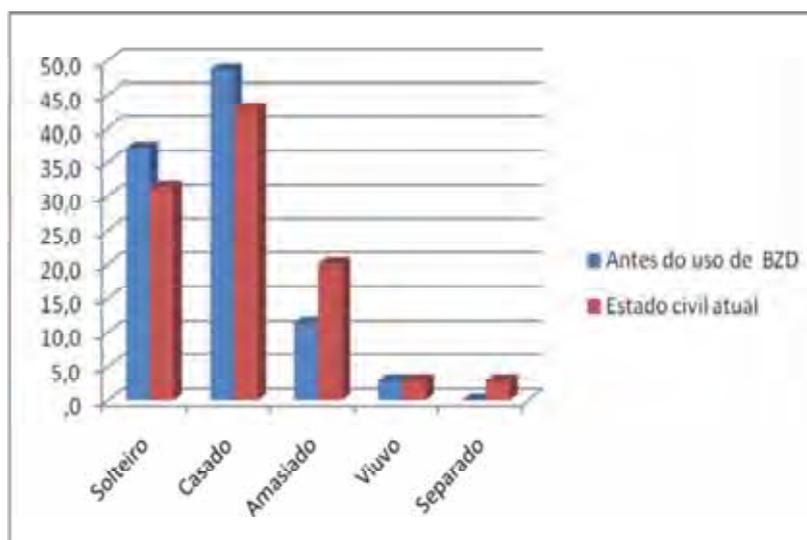


Gráfico 8. Porcentagem do estado civil de homens antes do uso de BZD e atualmente.

No gráfico 9 pode-se observar a comparação da escolaridade de homens e mulheres em dois momentos: antes de usar o BZD e, atualmente. Percebe-se que há pouquíssima alteração, no decorrer do tratamento. Porém, existe diferença significativa entre homens e mulheres. Enquanto 32% das mulheres usuárias de BZD, atualmente, são analfabetas, esse número se reduz-se para 8,6% dos homens. O contrário ocorre, no ensino fundamental, onde se encontra a maioria dos homens pesquisado (60%) e, apenas 36% das mulheres. Chama a atenção que, nenhum participante, pôde concluir o ensino superior, e, apenas 11,3% das mulheres e 8,6% dos homens concluíram o ensino médio, no momento da pesquisa. Tais dados apenas retratam a escolaridade dos participantes dessa pesquisa, e não podem ser generalizados, nem tampouco, fazer correlações entre escolaridade e uso de BZD.

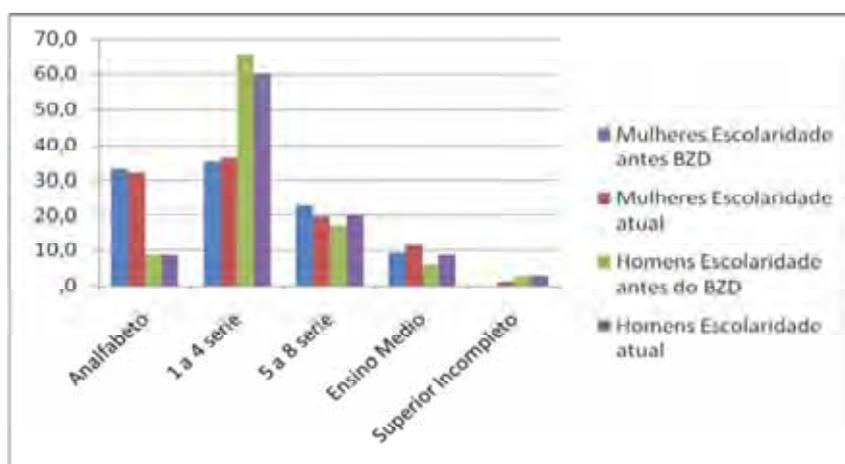


Gráfico 9. Comparação (%) da escolaridade entre mulheres e homens antes de usar BZD e no momento atual.

Com relação à realização de cursos profissionalizantes, apenas 23,5% de todos os participantes haviam realizado algum tipo de curso, antes de iniciar o tratamento. Esse índice cai para 12,9% dos participantes que realizaram algum curso, no decorrer do período em que estiveram utilizando BZD. Não há diferenças significativas entre homens e mulheres, em termos quantitativos. Porém, são distintos os cursos realizados por esses dois grupos. Para mulheres, destacam-se atividades manuais e cursos na área de serviços, enquanto que, homens preferiram na área de segurança e transporte, computação e eletrônica, e, por último, na área de serviços.

A renda média dos participantes ficou em torno de dois salários mínimos e não alterou, ao longo do tempo em que utilizaram o BZD. Porém, a situação de emprego aparece de forma bem distinta para homens e mulheres. Para o grupo das mulheres (Gráfico 10), antes de usar BZD, destacavam-se as seguintes situações: o emprego informal (34%); emprego formal (21,6%); serviço doméstico não remunerado (SDNR), complementado com trabalho

informal, dentro de casa (17,5%) e apenas SDNR (15,5%). Esses dados modificam-se, completamente, com o decorrer do tratamento, com uma expressiva diminuição de mulheres no emprego formal (8,2%) e, informal (9,3%). Há também um significativo aumento do SDNR (25,8%) e de aposentadas (26,8%). Se avaliarmos que a média de idade das mulheres é de 55 anos, chama a atenção que a metade desse grupo dedique-se quase que, exclusivamente, aos serviços domésticos não remunerados e está aposentada. Isso significa um expressivo número de mulheres que se restringiu mais ao ambiente doméstico, dentro do período em que tomaram os ansiolíticos.

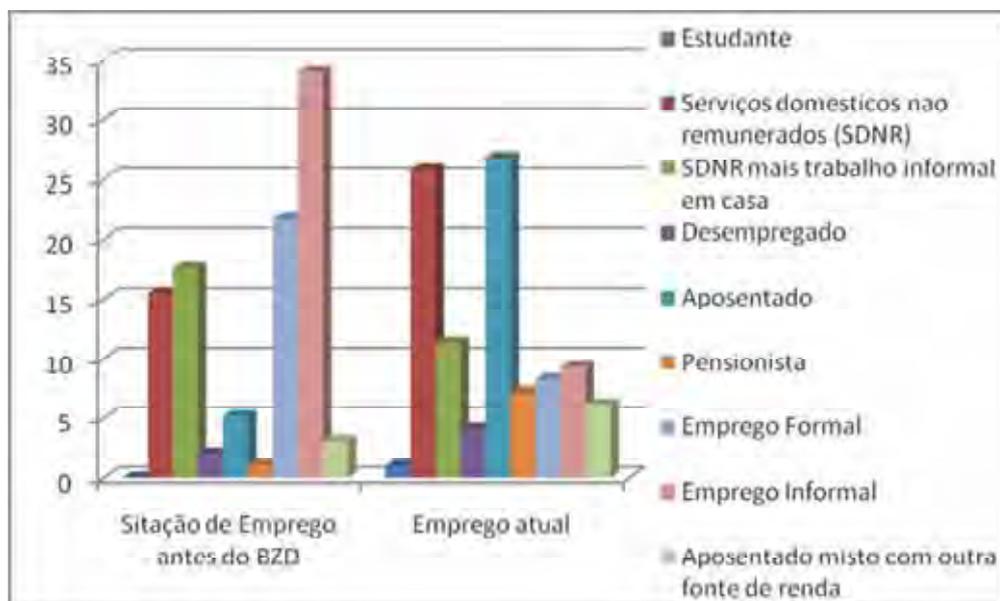


Gráfico 10. Situação de emprego de mulheres antes de usar BZD, e atualmente.

Quanto à situação dos homens, o gráfico 11 mostra que, antes de iniciar o tratamento com ansiolítico, a maioria estava nas seguintes situações de emprego: emprego formal (37,1%); emprego informal (28,6%) e, aposentados (25,7%). Após anos utilizando a medicação, 57,1% dos homens está aposentada, atualmente. Chama a atenção que a categoria serviços domésticos não remunerados (SDNR), não aparece em nenhum dos dois momentos analisados e, apenas no momento atual, 2,9% assinalou SDNR, em conjunto com trabalho informal realizado na própria residência.

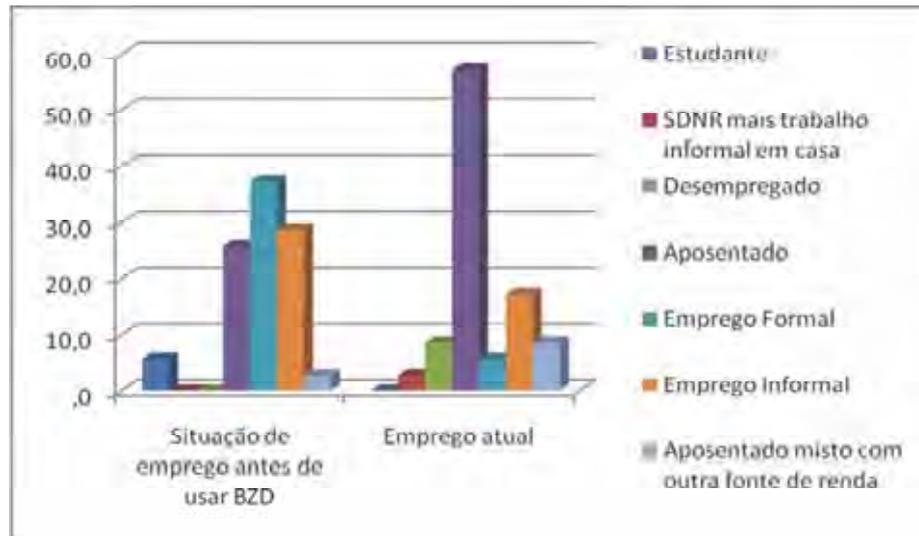


Gráfico 11. Situação de emprego de homens antes de usar BZD, e atualmente.

Vale acrescentar que, ao observar o grupo de aposentados (homens e mulheres), aproximadamente 52% deles(as) estão com idade abaixo de 65 anos. Esse dado alerta para o fato de que usuários(as) de ansiolíticos estariam afastando-se do trabalho, antes do período considerado adequado para a aposentadoria. Esta pesquisa não analisou, especificamente, os motivos da aposentadoria precoce, nesses casos. Mas, é um importante fator a ser abordado, em pesquisas futuras.

Para avaliar a situação sócio-econômica atual, também foi perguntado aos participantes, se os mesmos participavam de algum programa governamental de transferência de renda. Os resultados foram que 26,5% de toda a amostra participam de algum dos programas existentes, em sua região. Mas, é alarmante a diferença, nesse grupo pesquisado, entre homens e mulheres beneficiários destes programas, pois enquanto 17% dos beneficiários são homens, 83% são mulheres. Tal fato confirma dados do IBGE, sobre a feminização da pobreza⁴, onde famílias chefiadas por mulheres são as que mais estão em situação de vulnerabilidade social, e, portanto, precisam ser inseridas em programas de transferência de renda (MELO, 2004). Os programas mais citados foram o Bolsa Família e o Renda Cidadã, com rendimentos variando de R\$ 20,00 a R\$ 134,00. Por outro lado, precisa-se questionar a naturalização dos papéis de mãe e cuidadora que tais programas trazem em seu cerne, e que ainda não são capazes de superar desigualdades de gênero.

⁴ O termo feminização da pobreza é utilizado para indicar um fenômeno onde há mudanças nos níveis de pobreza que dependem da condição de gênero. É visto como processo e não estado. Dessa forma, não se reduz aos cálculos, sobre o número de domicílios chefiados apenas por mulheres que estariam abaixo da linha da pobreza, mas, principalmente, volta-se para os estudos sobre as questões de gênero. Tais estudos demonstram que mulheres são mais penalizadas com dificuldade de acesso ao emprego formal e escolarização, em função da condição de gênero.

5.3 Hábitos de saúde e vulnerabilidade social dos(as) usuários(as)

É impressionante o número de participantes que apresentaram comorbidade, ou seja, apresentam mais de um tipo de doença que necessita de tratamento contínuo. De toda a amostra, 90% afirmou ter outro tipo de doença. Ao se desagregar esse dado por sexo, encontra-se que 94% das mulheres e 80% dos homens apresentam outras doenças, concomitantemente.

As doenças mais citadas pelos participantes foram: hipertensão arterial sistêmica (47,7%); transtornos mentais (31,1%); diabetes mellitus (14,4%); cardiopatias (12,9%); epilepsia (9,8) e 30,3% relataram outras doenças que não se agruparam a nenhum dos grupos anteriores. Vale acrescentar que algumas pessoas apresentavam mais de três doenças que necessitavam acompanhamento contínuo. Dessa forma, os resultados consideram as múltiplas respostas.

Quando avaliado o uso de medicamentos de forma contínua, 87,1% afirmaram fazer uso de medicação, cotidianamente. Se for observada a média de idade geral de 55 anos, percebe-se que muitos já seriam idosos e estão em utilização, tanto da medicação ansiolítica, quanto de outros remédios, diariamente. Chama a atenção também, a quantidade de medicação/dia que é ingerida por estas pessoas. Enquanto 56% dos participantes utilizam até dois medicamentos/dia, o restante será distribuído entre três e dez medicamentos/dia. Mas é alarmante constatar que 6,1% chegam a utilizar de sete a dez medicamentos/dia.

Ao avaliar os hábitos de saúde, percebe-se que, aproximadamente, 67% não praticam nenhum tipo de atividade física, o que é prejudicial, visto que apenas essa prática já melhoraria as questões ligadas ao sono e nervosismo, que são as queixas mais constantes para não parar de usar o BZD. Dentro dos 33% que fazem alguma prática desportiva, desagregando por sexo, percebe-se que metade dos homens pratica alguma atividade física, enquanto que esse índice cai para apenas 24% das mulheres.

Com relação ao uso de tabaco, 26% afirmam fumar, o que também é outro indicador de piora do sono e de patologias como hipertensão arterial. Sobre o uso de bebida alcoólica, 72% afirmam que nunca bebem e 12% afirmam consumir álcool, numa frequência que varia entre, diariamente, e durante os fins de semana.

Com o objetivo de avaliar outros marcadores sociais que possam fazer parte do sofrimento vivenciado pelos participantes, foram feitas três perguntas aos ACS, sobre cada um dos participantes da pesquisa.

A primeira pergunta era se havia suspeita de origem ilícita da renda dentro da residência do pesquisado. Explicou-se que poderia referir-se ao tráfico de drogas, pequenos furtos ou mesmo estelionato e exploração sexual. Constatou-se que, em 14,4% das residências pesquisadas, havia a suspeita de algum tipo de renda ilícita.

A segunda pergunta era sobre a suspeita de uso drogas ilícitas por parte de algum dos moradores da residência. Nesse caso, em aproximadamente 19% das casas, havia a suspeita de que algum dos residentes fazia uso de drogas ilícitas.

Por último, perguntou-se sobre a suspeita da ocorrência de violência doméstica e/ou exploração sexual, dentre as casas pesquisadas. Chegou-se ao alarmante número de 42,4% das casas pesquisadas serem suspeitas de vivenciarem situações de violência doméstica, que inclui a violência psicológica, física e sexual.

Todos os dados discutidos nesse capítulo formaram um pano de fundo, para se pensar as relações existentes entre sofrimento psíquico e gênero, nas equipes da ESF pesquisadas. Passa-se ao capítulo seguinte, onde se descreve as reflexões construídas com profissionais da ESF e usuários(as) de BZD.

CAPÍTULO VI- ANÁLISE DOS DADOS DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA

A intervenção foi iniciada através com reuniões com as equipes, para a devolução dos dados quantitativos. Nessas reuniões, construiu-se a sensibilização dos/das trabalhadores(as) da ESF, sobre as questões de gênero, nas práticas de atenção à saúde, bem como, debateu-se os resultados encontrados, na primeira etapa da pesquisa, e foram feitas propostas de ações, para a retirada de BZD direcionadas a cada realidade.

Após a análise dos três momentos da reunião com equipes da ESF, anteriormente citados, será feita a análise do acompanhamento das ações em saúde das ESF para retirada de BZD. Esse acompanhamento ocorreu através dos grupos de discussão com profissionais, estudos de caso, grupo com usuários(as) de BZD e visitas domiciliares.

6.1 Reuniões com equipes, para sensibilização em gênero e saúde mental, devolução dos dados quantitativos e construção do protocolo de retirada de BZD

Foram realizadas três reuniões. Em cada uma delas, estavam presentes duas equipes ESF. Nessas reuniões devolutivas foram usadas metodologias participativas, para promover a reflexão dos/das profissionais, a respeito de estereótipos de gênero, nas práticas da saúde. No primeiro momento das reuniões, foi realizada uma dinâmica de grupos, denominada como “Percurso”. Cada reunião teve uma duração aproximada de 50 minutos. Em seguida, debatiam-se os dados quantitativos da primeira etapa da pesquisa e, por fim, havia uma discussão de propostas para a retirada de BZD. Os três momentos das reuniões com as equipes serão discutidos em separado.

6.1.1 Sensibilização em gênero e saúde mental, através da dinâmica “Percurso”

Nessa dinâmica, foram fixados, numa parede, onze cartões. Em cada um, havia o nome de um local que, provavelmente, fazia parte daquela comunidade, eram eles: “Casa”, “Rua”, “Bar”, “Igreja”, “Supermercado”, “Escola”, “Serviço de Saúde”, “Praça”, “Banco”, “Trabalho” e “Polícia”.

Os participantes estavam divididos em quatro grupos, onde discutiram e construíram um percurso com ao menos quatro locais mais frequentados, na rotina das seguintes pessoas:

1. Pessoa alcoólatra
2. Pessoa com mais de 60 anos

3. Pessoa com Doença Sexualmente Transmissível (DST)

Terminado o percurso, também foi pedido que cada grupo indicasse qual o sexo da pessoa que eles/elas haviam imaginado. A seguir, analisar-se-á os conjuntos de percursos produzidos pelas equipes e a discussão que foi desenvolvida sobre os mesmos.

Para os percursos listados, para uma “Pessoa Alcoólatra”, foram construídas as seguintes propostas:

Percursos construídos para “Pessoa Alcoólatra”			
Equipes	Grupos	Percursos	Sexo imaginado para a pessoa
1 e 2	Grupo 1	Bar/ Rua/ Saúde/ Casa	Homem
	Grupo 2	Bar / Rua / Polícia / Saúde	Homem/Mulher
	Grupo 3	Bar / Rua / Saúde / Casa	Homem
	Grupo 4	Bar / Rua / Bar Rodoviária / Saúde / Casa	Homem
3 e 4	Grupo 1	Bar / Rua / Praça / Casa	Homem/Mulher
	Grupo 2	Bar / Casa / Supermercado / Saúde	Homem
	Grupo 3	Bar / Praça / Rua / Casa	Homem
	Grupo 4	Casa / Rua / Praça / Bar	Homem
5 e 6	Grupo 1	Bar / Rua / Praça / Casa	Homem
	Grupo 2	Bar / Rua / Supermercado / Polícia	Homem
	Grupo 3	Bar / Rua / Praça / Saúde	Homem
	Grupo 4	Bar / Supermercado / Igreja / Trabalho	Homem

Figura 2. Percursos construídos para a “Pessoa Alcoólatra”, nas ESF

Nas discussões realizadas com as ESF, percebe-se como o estereótipo a respeito do uso do álcool caracteriza-se por ser: um homem, sem vínculo com o trabalho, ocupando apenas os espaços onde pode obter a bebida (bar, rua, praça). Foi debatido como esses estereótipos terminam por invisibilizar o sofrimento psíquico de homens e mulheres que fazem uso de álcool, mas que não se apresentam conforme esse estereótipo. Por exemplo, homens e mulheres que trabalham, diariamente, e utilizam álcool em casa, ao fim do dia ou nos finais de semana.

Médicos(as) das equipes também relataram a discriminação a usuários de álcool, dando exemplo de colegas que fazem plantões em Hospitais Gerais que, ao saberem que o paciente chegava alcoolizado, diziam: “Cachaceiro?! Manda embora que não vou atender não!”

Foi interessante observar que, nas poucas referências a mulheres usuárias de álcool, alguns participantes justificaram como se elas só o utilizassem para “chamar a atenção”. Essa colocação mostra como o sofrimento pode ser categorizado como manipulação, quando mulheres assumem comportamentos antes só autorizados aos homens. Outro ponto relevante foi como a mulher que bebe, esconde-se em casa, pois não tem o suporte social para fazê-lo em público. Alguns profissionais utilizaram afirmações como: “ela tem vergonha, é mais

comedida” (Equipes 1 e 2). Esse já não seria o caso dos homens, porque são, socialmente, aceitos e valorizados, quando estão em ambientes que oferecem a bebida alcoólica.

Com relação ao conceito de “mulher beber para chamar a atenção”, debateu-se sobre o que ela tenta realmente mostrar aos profissionais da saúde, ao invés de apenas culpabilizá-la como sendo manipuladora. A possibilidade de ver o comportamento adicto como uma ferramenta ou estratégia, para lidar com diferentes situações, a primeira vista invisíveis, foi importante, para que os/as profissionais sensibilizassem-se e começassem a trazer experiências que mostrassem percepções diversas das estereotipadas. Foram discutidos exemplos de uso de álcool vinculados à violência intrafamiliar, desemprego, situações de exploração sexual que continham nuances mais profundas, para compreender o fenômeno da dependência do álcool.

Tal discussão propiciou a reflexão sobre o que diferencia a prática do profissional da saúde do senso comum, quando ele/ela apenas diz que a “mulher bebe para chamar a atenção, ou apenas para dar piti”. O profissional pode sair dessa primeira impressão, para pensar em um tópico que pode ser acessado pelo serviço de saúde, ou seja, o profissional da saúde pode enxergar o “piti”, mas deve, em seguida, perguntar-se, por que o/a paciente está precisando deste “piti” para expressar-se?

Também foi debatido como aparece pouco, a questão da saúde envolvida nesses percursos, e, portanto, como eles/elas sentem que a questão do álcool está enviesada por barreiras culturais que terminam por cegar aos próprios profissionais do ESF, para o sofrimento de homens e mulheres. Construções sociais e culturais são mais fortes que os conhecimentos sobre saúde coletiva, quando se coloca a temática do uso do álcool, pois profissionais experientes quase não mencionaram os sistemas de saúde envolvidos nos percursos de uma “pessoa alcoólatra”. Sendo assim, o serviço de saúde pode criar mais barreiras que acessos a essas pessoas.

Poucos profissionais foram capazes de pensar estratégias psicossociais que pudessem auxiliar pessoas usuárias de álcool, para que encontrassem outras formas de inserção social. A igreja até foi lembrada por alguns ACS, mas esportes e programas de geração de capacitação para o trabalho não foram mencionados, o que indica o recorte, extremamente, biológico, nas práticas de cuidado da ESF.

Nas ESF 5 e 6 foram relatados casos em que a equipe lidou com a problemática do alcoolismo, prescrevendo uma medicação nomeada como “anti-etílico”, para que a esposa do paciente alcoólatra pudesse dar a ele de forma escondida. A frase de uma das participantes dessa equipe foi: “É errado? É, mas para de beber!” Em outros casos, percebeu-se que o

álcool foi substituído pelo BZD, e alguns usuários chegaram a dizer que “não podiam ficar sem o remédio, se não ficariam loucos”.

Com relação ao segundo percurso, pediu-se que debatessem as possibilidades para uma “Pessoa com mais de 60 anos” (Figura 3). Destacam-se três espaços presentes, na maioria dos percursos criados: a casa, a igreja e o serviço de saúde. O estereótipo que surge é o de um idoso ou uma idosa que passa muito tempo em casa, saindo para cuidar de sua saúde ou para rezar.

Percursos construídos para “Pessoa com mais de 60 anos”			
Equipes	Grupos	Percursos	Sexo imaginado para a pessoa
1 e 2	Grupo 1	Casa / Saúde / Igreja / Saúde	Mulher
	Grupo 2	Casa / Igreja / Saúde / Supermercado / Banco / Bar	Mulher
	Grupo 3	Casa / Saúde / Saúde / Saúde	Homem/Mulher
	Grupo 4	Casa / Rua / Igreja / Saúde / Banco / Supermercado	Homem/Mulher
3 e 4	Grupo 1	Casa / Igreja / Serviço de Saúde / Supermercado	Homem/Mulher
	Grupo 2	Casa / Rua / Igreja / Serviço de Saúde	Homem/Mulher
	Grupo 3	Serviço de Saúde / Praça / Supermercado / Casa	Homem/Mulher
	Grupo 4	Casa / Serviço de Saúde / Igreja / Supermercado	Homem/Mulher
5 e 6	Grupo 1	Casa / Igreja / Saúde / Supermercado	Mulher
	Grupo 2	Casa / Saúde / Banco / Igreja	Homem
	Grupo 3	Casa / Saúde / Supermercado / Igreja	Homem
	Grupo 4	Casa / Saúde / Banco / Supermercado	Homem/Mulher

Figura 3. Percursos construídos para “Pessoa com mais de 60 anos” nas ESF

Foi feita uma pergunta aos grupos: o que nos faz ter um olhar tão homogêneo? O que nos faz enxergar idosos e idosas de maneira tão similar?

Nos relatos dos/das trabalhadores(as), os idosos estão vivendo em um mundo, extremamente, restrito, pois enquanto os homens eram ativos, quando trabalhavam, agora não o fazem mais, porque estão aposentados em casa, e por isso não se percebem mais ativos. As mulheres, antes, assumiam o cuidado dos filhos que cresceram e, agora, talvez estejam cuidando de netos, mas ninguém dá atenção às necessidades delas. Os/As trabalhadores(as) percebem que as idosas estão sempre cuidando dos outros, mas sem ninguém para cuidar delas. Problematizou-se como o papel social é valorizado, a partir da categoria trabalho e, como, na ausência do mesmo, seja pela aposentadoria, ou por não ter mais condições físicas de cuidar do lar, ocorre sofrimento psíquico nos(as) idosos(as). Também foi importante discutir as nuances do que seja trabalho pago e trabalho não pago, sendo que o segundo refere-se, basicamente, às mulheres que cuidam de casa, e, portanto, realizam um trabalho que não é pago, nem valorizado.

Quando se refere ao trabalho não pago, ou nesse caso, o trabalho doméstico, cabe ressaltar que homens e mulheres não estão realizando-o de forma compartilhada. Mesmo

quando homens aposentam-se, não conseguem ou não desejam encontrar um “lugar” de trabalho, dentro de seus lares. Ao mesmo tempo, as mulheres que assumem, prioritariamente, os serviços domésticos, também não conseguem ou não desejam dividir as tarefas de um espaço, antes só seu. Quando foram discutidos esses tópicos, as ACS utilizaram vários exemplos próprios, pois identificaram, nas próprias relações familiares, a situação de desigualdade, na divisão das tarefas domésticas.

Para muitos(as) trabalhadores(as) existem idosos(as) que só saem de casa, para ir até a unidade de saúde. Chegaram a eleger um percurso de “casa-saúde-saúde-saúde” para exemplificar esses casos onde utilizavam a frase: “Pelo amor de Deus, essa mulher não sai daqui da unidade”. Problematizou-se como as relações de medicalização das relações também incide-se sobre o envelhecimento, estimulando e valorizando esse tipo de atitude entre idosos(as). Com isso, a ESF termina por ser um serviço valorado, positivamente, por responder a uma demanda que ela mesma ajudou a produzir.

Durante a discussão sobre os papéis sociais assumidos por idosos e idosas, foi questionado: por que os profissionais não conseguiram enxergar outros percursos que saíssem das rotulações atribuídas à terceira idade? Onde estariam os/as idosos(as) que nunca vão à unidade de saúde, ou mesmo nunca estão em casa no momento da visita domiciliar? Como trabalhadores(as) percebem as idosas que vão a tarde para o forró? Como a fuga de papéis de gênero é, ou não, problematizada pelos trabalhadores?

Nesse momento, foi interessante ver como os/as próprios(as) trabalhadores(as) reafirmavam relações sociais de poder e dominação, pois questionavam as idosas que não cuidavam da casa e dos netos, só para “ficar batendo perna”. É interessante destacar como essa expressão é muito comum, no Estado de Goiás, principalmente, por referir-se, majoritariamente, às mulheres, significando que estão andando na rua, sem necessidade.

A expressão “bater pernas” foi problematizada, inclusive pelas ACS, ressaltando que nas ESF pesquisadas em Goiânia, todas as ACS são mulheres, que exemplificaram que se elas inventarem de ir ao forró todo domingo, elas estariam na “boca do povo”, rapidamente. Dessa forma, foi possível questionar como as práticas de cuidado da ESF poderiam não reafirmar papéis de gênero hegemônicos, privilegiando o espaço público, para os homens e o espaço privado para as mulheres, se as próprias ACS estariam sofrendo as mesmas pressões sociais?

Ao contar os próprios exemplos, o grupo pôde perceber o que seria “bem-visto” ou “mal-visto” para homens e mulheres, em relação a várias atividades. Por exemplo, puderam questionar por que sair para divertir-se, tinha um valor negativo para as mulheres e positivo

para os homens, e como a equipe também reproduzia esse padrão ao estereotipar o estilo de vida de homens e mulheres.

Outro fator discutido, na relação da equipe de saúde com a comunidade, foi a respeito dos horários de funcionamento dos serviços de saúde que favorecem apenas às pessoas que não estejam vinculadas a empregos formais, bem como, existem empresas que não aceitam atestados de comparecimento ao médico, para homens que vão acompanhar os filhos. Sendo assim, a estrutura da saúde e, do mundo do trabalho terminam por favorecer uma presença fortemente feminina, dentro da clientela da ESF. Da mesma forma, as ESF puderam perceber que cobra-se das mulheres que sejam as cuidadoras da família e, quando elas retornam, sucessivamente, à unidade para cuidar de si (políticas de atenção à saúde da mulher), cuidar dos filhos (políticas de atenção à saúde de crianças), cuidar dos pais, cuidar dos maridos e demais familiares, elas terminam por serem penalizadas por um comportamento a princípio estimulado. Ou seja, as equipes passam a reclamar da presença constante dessas mulheres, no serviço.

A sobrecarga, no cuidado do outro, também aparece nos discursos das ACS, ao lembrarem como mulheres sentiam-se sobrecarregadas no cuidado de familiares, e pediam a prescrição do BZD, como forma de aliviar o peso de suas responsabilidades, e, ao mesmo tempo, ajudá-las a prolongar a capacidade de continuar a carregar esse fardo. Tal fato chamou a atenção da pesquisadora, pois tal estratégia, ao invés de contribuir para diminuir o sofrimento físico e psíquico das mesmas, apenas tornava, minimamente, suportável a convivência com o sofrimento, prolongando essa experiência, ao invés de tentar enfrentá-la utilizando-se de outras estratégias.

O terceiro e último percurso fez referência a uma “Pessoa com Doença Sexualmente Transmissível” (Figura 4). A maior parte dos grupos pensou tanto em homens, quanto em mulheres, ao imaginar os percursos, ressaltando que, na experiência deles(as), estão referindo-se a pessoas casadas, e que, na maior parte dos casos, apenas a mulher vai até o serviço de saúde.

Percurso construído para “Pessoa com doença sexualmente transmissível”			
Equipes	Grupos	Percurso	Sexo imaginado para a pessoa
1 e 2	Grupo 1	Rua / Casa / Trabalho / Saúde	Homem/Mulher
	Grupo 2	Bar / Saúde / Rua / Casa / Banco / Trabalho	Homem/Mulher
	Grupo 3	Rua / Bar / Casa Noturna/ Saúde	Mulher
	Grupo 4	Casa / Rua / Trabalho / Supermercado / Igreja / Saúde/ Casa	Mulher
3 e 4	Grupo 1	Saúde / Casa/ Trabalho / Bar	Homem/Mulher
	Grupo 2	Trabalho / Casa / Bar / Saúde	Homem/Mulher
	Grupo 3	Casa / Trabalho / Rua / Saúde	Homem/Mulher
	Grupo 4	Casa / Rua / Saúde / Trabalho	Homem/Mulher
5 e 6	Grupo 1	Praça / Rua / Bar / Saúde	Homem/Mulher
	Grupo 2	Igreja / Praça / Rua / Casa / Saúde	Mulher
	Grupo 3	Rua / Bar / Saúde / Trabalho	Homem
	Grupo 4	Bar / Trabalho / Saúde / Rua	Homem/Mulher

Figura 4. Percursos construídos para “Pessoa com doença sexualmente transmissível” nas ESF

As equipes relataram que muitas vezes os casais escondem que precisam de ajuda, principalmente, por sentirem-se envergonhados. Chegam a buscar atendimento de saúde em outros serviços mais distantes, para evitar que, tanto os/as ACS, quanto o restante da equipe da ESF, tenha conhecimento sobre a DST. Ao pensarem em adolescentes e jovens com vida sexual ativa, um grupo criou para o percurso uma “casa noturna” e utilizou a expressão “vida sexual promíscua”, para se referir a esses casos, onde a DST apareceria na vida de solteiros(as). Problematizou-se o conceito de promiscuidade, com valores morais, e a possibilidade de pensar-se em vida sexual ativa, e, por exemplo, mesmo mulheres casadas, tendo relações apenas com o marido, poderiam ter DST sem, necessariamente, serem “promíscuas”.

Algumas equipes discutiram, como em doenças que apresentam questões morais envolvidas, as famílias preferem esconder do/da ACS, e mesmo acessar o/a médico(a) sem contactar o/a ACS. Em outras equipes, percebeu-se que homens buscam o serviço, assim que têm alguma relação sexual extraconjugal, para que sejam examinados e não passem nada para a esposa, porque temem que ela descubra a traição.

Foi relatado que alguns pacientes tentam curar-se com chás e remédios prescritos em farmácias, fazem simpatia e remédios caseiros e, só depois de esgotadas todas essas possibilidades, buscam serviços de saúde. Mesmo alguns pacientes que já estão em tratamento para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida como AIDS, optam por fazer todo o tratamento, no Centro de Referência para tratamento de DST e, jamais buscam a ESF.

Nesses casos, ter um ACS da comunidade significa estabelecer uma barreira, para que as famílias cheguem ao atendimento de saúde.

Ao fim da dinâmica, questionou-se o que faz colarem características ao homem e a mulher, e qual o problema ao utilizar tais colas? Qual o problema ao estereotipar? Discutiu-se como, na prática das ESF, esses estereótipos facilitam identificar a situação, mas ao mesmo tempo, impedem que os/as trabalhadores(as), realmente, defrontem-se de forma genuína com cada paciente e, ao mesmo tempo, limita as estratégias de cuidado que poderiam ser desenvolvidas com a comunidade. Também foi possível discutir como a diferença é transformada em desigualdade, gerando relações assimétricas de poder, seja na relação da ESF com a comunidade, entre homens e mulheres, adultos e crianças. E mais, especificamente, como essa desigualdade vai gerar sofrimento físico e psíquico, diminuição do acesso à saúde e serviços, dificuldade de acesso à educação e trabalho.

Foi interessante como médicos(as) confirmaram que, ao entrar mulher e homem juntos no consultório, eles(elas) explicam para a mulher todos os cuidados ao tomar a medicação prescrita, mesmo que essa medicação esteja sendo prescrita para o homem. Um outro debate foi feito, quando uma ACS relatou um livro que leu, onde descrevia-se todas as diferenças entre homens e mulheres, tanto no nível da percepção, como da cognição e, do comportamento. Discutiram-se como essas diferenças entre os sexos seriam realmente biológicas ou culturais, como, socialmente, reproduzem-se papéis. Principalmente, como a ESF, também, reforça o papel feminino de cuidadora, mesmo quando o pai ou marido tenta participar de alguma consulta. Uma enfermeira chegou a relatar que “é um choque quando o pai é que traz a criança para as consultas de rotina”, como se algo não natural estivesse ocorrendo. Chegam a dizer: “tem alguma coisa errada naquela família”.

Após essa primeira dinâmica, que tentou problematizar as questões de gênero, adaptadas ao cotidiano dos serviços de saúde, passou-se ao segundo momento da reunião. Nesse momento, objetivou-se analisar os principais dados quantitativos, sobre os usuários de diazepam e clonazepam, em cada ESF, problematizando a percepção da equipe e os dados encontrados na pesquisa.

6.1.2 Discussão sobre os dados quantitativos com cada ESF

Foi entregue uma ficha para análise dos dados quantitativos (Apêndice E), com os seguintes dados: perfil sócio-demográfico, porcentagem de adultos/adultas atendidos(as) em cada ESF; porcentagem de adultos/adultas usuários(as) de diazepam e clonazepam (Rivotril); média de idade e anos de uso do medicamento desses/dessas usuários(as); profissional que

iniciou o tratamento com ansiolítico e profissional responsável pelo tratamento, atualmente. Pediu-se que os grupos discutissem e preenchessem o que eles/elas imaginavam que seriam os dados correspondentes à sua equipe.

Esses dados foram discutidos em cada grupo, anotados na ficha (Apêndice E), e, depois, passados para uma folha de Flip Chart, fixada, na parede, para a visualização de todo o grupo e para a discussão. Após esse passo, a pesquisadora passou a debater os dados imaginados pelo grupo e os resultados encontrados por ela, tentando problematizá-los. Como todas as reuniões foram gravadas, são acrescentados alguns comentários das equipes.

Na ESF 1, percebe-se que tiveram uma boa percepção do número mais alto de mulheres que homens usuários de ansiolíticos, mas mesmo assim, mantiveram uma suposição de participantes homens um pouco maior que a realidade. Colocaram a presença de mais negros do que realmente foi encontrado, elegeram muito menos pessoas frequentando grupos religiosos do que realmente foi encontrado e sabem que a maioria dos entrevistados utiliza mais o ônibus.

Quanto à média de idade, a ESF 1, supôs uma média de idade muito mais baixa do que a realmente encontrada, mostrando que não percebiam o quanto de pessoas com mais de 50 anos utilizava-se o BZD. Porém, a equipe teve suposições muito próximas aos dados encontrados, nos últimos itens: renda média, número de residentes por domicílio e número de cômodos por domicílio.

A equipe da ESF 2, pôde detectar a significativa diferença entre homens e mulheres usuários de BZD, mas quase não citaram a existência de brancos, imaginando que a maioria da população reconhecer-se-ia como parda ou negra, mas isso não ocorreu. Ressalta-se que, para essa pergunta, sempre pedia-se como a pessoa identificava-se, etnicamente. A equipe percebeu menos pessoas vinculadas a grupos religiosos e quase não citou a utilização de carros, colocando mais ênfase, na utilização do ônibus.

Também a ESF 2, fez a suposição de uma média de idade muito menor (35 anos) que a média de 51 anos, realmente, encontrada entre usuários(as) de BZD. Mas percebeu bem os dados sócio-econômicos de renda em torno de 1,5 salários mínimos por família, com quatro a cinco residentes por domicílio.

Na ESF 3, os/as trabalhadores(as) conseguiram perceber a diferença entre homens e mulheres usuários de BZD, sendo que as mulheres são quase o dobro dos homens, mas não percebem que os/as usuários de BZD, não se identificam tanto como brancos(as). Também não conseguiram detectar o alto número de pessoas que participam de grupos religiosos e imaginaram menos pessoas usando carros.

Na ESF 3, a equipe foi capaz de perceber a idade em torno de 55 anos de usuários(as) de BZD, bem como identificaram que as famílias ganham em média dois salários mínimos.

Na ESF 4, os/as trabalhadores(as) imaginaram apenas 5% de homens usuários de BZD, índice muito menor do que realmente existe (31%). Reconheceram bem a etnia referida pelos(as) participantes do estudo com a maioria auto-referindo-se como branco(a). E quase não supuseram a existência de pessoas indo a grupos religiosos, pois indicaram que apenas 20% participavam desses grupos, e, na verdade, 60% referiram participar de encontros religiosos.

Na ESF 4, os/as usuários(as) de BZD tiveram uma média de idade de 57 anos, que foi muito maior que os 40 anos que os trabalhadores haviam imaginado. Mas, quanto aos outros dados, não ocorreram diferenças significativas, demonstrando que a equipe conhece a renda média das famílias (dois salários mínimos) e número de cômodos por domicílio (de quatro a cinco).

A ESF 5, imaginou um número proporcional (em torno de 50% cada) de homens e mulheres usuários(as) de BZD, mas na pesquisa existiram três vezes mais mulheres que homens. Foi interessante perceber que a equipe supôs a existência de muito mais negros do que os realmente encontrados, pois se autoneomaram negros(as), apenas 9,8% dos/das entrevistados(as) e a equipe imaginou que seriam em torno de 39%. A equipe apontou, corretamente, a porcentagem de pessoas que participam de grupo religiosos (65%) como também, o alto número de pessoas que dependem do ônibus, para se deslocar (mais de 70%).

A média de idade sugerida pelos(as) trabalhadores(as) da ESF 5, foi de, aproximadamente, 42 anos, estando um pouco abaixo da idade realmente encontrada (51 anos). Porém, quase não houve diferença entre as suposições sobre dos dados sócio-econômicos de, aproximadamente, dois salários mínimos em domicílios onde vivem, aproximadamente, quatro pessoas.

A ESF 6, imaginou ter o dobro de homens (45%) do que foi realmente encontrado (21,3%), entre usuários de BZD. Dessa forma, a equipe terminou por supor um número de mulheres usuárias de BZD, em torno de 55%, que é bem menor que o número, realmente encontrado, de 78,7%.

A ESF 6, trouxe uma média de idade de 45 anos que é um pouco mais baixa que o resultado da pesquisa (51,6 anos), mas soube identificar bem os demais itens: renda (em torno de 1,5 salários), número de residentes (quatro por domicílio) e cinco cômodos por domicílio.

Após essa discussão sobre perfil sócio-demográfico de usuários(as) de BZD atendidos na ESF, passou-se à discussão dos dados mais vinculados ao uso do BZD. É interessante

destacar que, nessa fase, os/as ACS foram os trabalhadores que mais souberam dar informações sobre os participantes da pesquisa, pois eles/elas aplicaram os questionários, ou mesmo, acompanharam a pesquisadora, nas visitas domiciliares para a aplicação dos mesmos. Em muitos casos, eram os/as ACS que tentavam ajudar médicos(as) e enfermeiros(as) a lembrarem-se dos casos atendidos.

Quando se perguntou às equipes quais as porcentagens de homens e mulheres adultos(as) cadastrados na unidade de saúde, percebeu-se algo que já vinha sendo discutido, ou seja, a sensação de que existem mais mulheres que homens sendo atendidas na ESF apareceu nos dados imaginados por cada equipe. Em todas as respostas, a porcentagem sugerida para mulheres foi maior que a porcentagem de homens. Mas um ponto que chamou a atenção foi que, em três equipes, a diferença entre os grupos foi muito grande, como por exemplo: na ESF 5, sugeriu-se a existência de 15% de homens para 85% de mulheres, sendo que a própria equipe tem este levantamento na unidade. A justificativa dada pela equipe é a de que para eles existe diferença entre pessoas atendidas e pessoas cadastradas, na unidade de saúde. Os/As ACS cadastram as famílias, e, portanto, há uma equivalência entre homens e mulheres adultos, mas pessoas atendidas são as que vão até a unidade em busca de algum tipo de atendimento, e, nesse caso, a equipe detecta mais mulheres que homens.

Já a discussão sobre a porcentagem de homens e mulheres usuários(as) de BZD, não foi tão discrepante, mostrando que as equipes percebem que há um número muito maior de mulheres que homens utilizando esse tipo de medicação. Quando questionados sobre o porquê dessa discrepância, as ESF 3 e 4, elaboraram que as mulheres ficavam mais em casa e não tinham momentos de lazer e prazer que seriam mais permitidos aos homens.

Tentou-se problematizar, se as mulheres buscavam à unidade de saúde com a queixa de falta de lazer. As equipes disseram que não, na verdade, as mulheres chegavam com queixas de insônia, dor, revolta, chorosas, com queixa de depressão. Foi questionado como as equipes avaliam a insônia, tanto nos aspectos psicológicos envolvidos no sofrimento, quanto às questões básicas sobre higiene do sono. As equipes não conseguiram demonstrar que aprofundaram nas questões, para entender como, quando e onde a insônia surge. Na verdade assumem a primeira queixa da paciente: “não estou dormindo nada” e respondem com a prescrição do ansiolítico.

As equipes da ESF confirmaram que estão ouvindo a queixa de insônia e a medicando, ao invés de tentar problematizar a queixa. Nesse momento, alguns(mas) ACS lembraram-se dos momentos da aplicação dos questionários, quando os/as participantes revelavam fazer uso de quatro garrafas de café ao dia, dormiam a tarde toda, usavam bebida alcoólica, passavam

por graves problemas sociais, mas que nada disso aparecia no prontuários do/da paciente. Um primeiro problema diz respeito ao próprio prontuário, porque os ACS não podem evoluí-lo, e, um segundo problema seria a evolução com poucos dados dos demais profissionais.

No caso dos homens estarem usando BZD, as equipes vincularam ao desemprego e uso da bebida alcoólica, como fatores que desencadeiam o uso dessa medicação. Foi problematizado com as equipes se elas estão, ou não estão, preparadas para ouvir o sofrimento psíquico de homens desempregados. Na verdade, as equipes responderam que não existe tempo para essa escuta, e que, quando percebem o sofrimento, tentam encaminhar para psiquiatras e psicólogos(as). Vale ressaltar que foi possível questionar a eficácia desses encaminhamentos. De acordo com a fala de alguns psiquiatras que auxiliaram nos estudos de caso com as equipes, quando um/uma paciente chega ao especialista, esse/essa profissional irá ouvir a queixa de forma a detectar e medicar os sintomas. Sendo assim, não terá todas as informações pertinentes à vida de relações do/da paciente, não terá acesso ao cotidiano da comunidade e da família, não poderá acompanhar o/a paciente mais de perto. Todas essas considerações feitas por psiquiatras indicam uma preocupação com a utilização de tecnologias de intervenções complexas, para situações sociais.

É importante notar que as equipes vinculam o uso do BZD, ao locus de maior permanência dos dois grupos. Para as mulheres, seria a constante presença, no espaço privado, e, portanto, impedida de acessar o espaço público; e, para os homens seria a impossibilidade de se manter, no espaço público, via trabalho.

Apenas uma equipe soube imaginar de forma aproximada a idade média das pessoas que utilizam BZD. O restante supôs idades muito abaixo do encontrado. Esse dado faz pensar-se por que as equipes que conhecem, realmente, a população que atende, na verdade estão enxergando esses usuários(as) de BZD, muitos mais novos do que realmente são. Esse dado pode ser mais perigoso, se avaliar-se que este tipo de medicação é contra-indicado para idosos(as). Vale acrescentar que houve uma grande variabilidade dessa média, entre as equipes, o que mostra o quanto é importante que cada equipe faça o diagnóstico e planejamento das ações de seu território.

Em algumas equipes, a discussão foi sobre o fato de mulheres iniciarem a medicação, muito jovens. Essas mulheres estariam usando a medicação por mais de 10 anos, desde os 45 anos de idade. As explicações surgidas para esses casos foram a de que as mulheres estariam passando pela Síndrome do Ninho Vazio, pois, de acordo com uma ACS, elas estariam dentro de casa com os filhos já criados e o marido, talvez, já esteja com uma amante para substituí-la. Tal colocação demonstra como, até mesmo nas explicações sobre a origem do sofrimento

psíquico, os/as trabalhadoras resgatam modelos do que seja o padrão de mulher, vinculada aos cuidados com o lar e a família, e como as alterações, nesse mesmo meio, seriam geradores de sofrimento. Nesse sentido, a equipe de saúde apenas reproduz relações de gênero, nas práticas de saúde, medicalizando aquilo que aparece como sintoma, sem questionar as relações sociais que o produziram.

Foi pedido às equipes que fizessem a suposição do número de anos que os/as participantes vinham fazendo uso dos benzodiazepínicos. Tanto para homens, como para mulheres, a maior parte dos grupos fez suposições bem mais baixas que as encontradas pelo estudo. Chama a atenção o quanto as equipes colocaram mais anos de uso de benzodiazepínicos, para as mulheres que para os homens.

As equipes foram questionadas sobre o porquê do número de anos, utilizando o BZD, ter sido maior (em média) entre os homens, que entre as mulheres. Algumas equipes vincularam essa causa, ao estresse sofrido pelos homens, no trabalho, justificando que, desde cedo, têm que responder às responsabilidades financeiras da família, em locais de trabalho, quase sempre, geradores de sofrimento. Em outras equipes, os/as ACS lembraram-se da aplicação do questionário, quando os homens relataram que usavam bebida alcoólica e se tornavam muito agressivos e, que o tratamento com o medicamento, foi a única solução encontrada, para conseguirem deixar de beber.

No entendimento da maior parte das equipes, o diazepam é mais utilizado que o clonazepam, o que corresponde ao que foi, realmente, encontrado. As equipes avaliaram que a facilidade de acesso ao diazepam, que é oferecido pela rede SUS, termina por determinar a droga de escolha, para o tratamento. Outro dado importante, trazido pelos(as) profissionais, foi a forma de dispensação do medicamento, no SUS. Os/As pacientes do SUS recebem, nas farmácias, apenas as cartelas com os comprimidos, ou o frasco de vidro com o clonazepam líquido, mas nunca recebem a medicação, na caixa com a bula do medicamento. Essa informação foi alarmante, visto que estes pacientes estão utilizando uma medicação que provoca dependência, e, em todos esses anos, jamais tiveram informações escritas, sobre esses medicamentos.

Ao avaliar qual profissional teria iniciado o uso da referida medicação, a maioria das equipes soube identificar bem os especialistas em saúde mental (neurologistas e psiquiatras), como os que mais iniciaram essas medicações. As equipes quase não fizeram distinção entre homens e mulheres, quando responderam a esse item. Porém, uma equipe problematizou que acreditavam que, para as mulheres, em 60% dos casos, o prescritor inicial tinha sido um profissional da ginecologia e, para os homens, acreditavam que teria sido um clínico geral.

Outras equipes não detectaram um alto índice de ginecologistas iniciando o uso de BZD. No entanto, relataram que havia pacientes que não faziam uso contínuo de BZD, mas eram orientadas por ginecologistas a utilizarem a medicação, no período da Tensão Pré-Menstrual (TPM). Foi interessante perceber que a maioria das trabalhadoras da ESF aceitava muito bem a possibilidade de ser medicada, durante a TPM. As mesmas apresentaram relatos de como sentiam-se melhores, utilizando a medicação nesse período. Foi um tópico, especialmente, delicado, pois teria que se tentar problematizar, com esses/essas trabalhadores(as), as condições históricas que alimentam a subserviência de mulheres e que valoram, negativamente, ou até mesmo como doença, as expressões femininas de desagrado, impaciência e irritabilidade, naquele período.

Foi interessante perceber como duas equipes (ESF 1; ESF 4) quase não se colocaram como atuais responsáveis pela continuação do tratamento com BZD. Isso não coincide com os resultados da pesquisa. Algumas equipes chegaram a questionar se a pesquisa não estaria equivocada, ao colocar como prescritor(a) principal o/a médico(a) da ESF, quando, possivelmente, eles/elas estariam apenas repetindo as receitas. Em vista disso, foi novamente esclarecido como a pesquisadora foi cuidadosa com as perguntas que identificam o prescritor principal e o profissional que apenas repete a receita. Parece que essas equipes invisibilizam sua participação, na prescrição dos medicamentos BZD. Por outro lado, o restante chegou próximo dos resultados, ou mesmo, lançou dados de participação do ESF, maiores que os encontrados. Em tais casos, percebe-se que as equipes já estavam mais atentas aos pacientes que vinham pedir a continuação do tratamento com BZD.

Foi problematizado o sistema de referência e contra-referência, para especialistas que só vão acompanhar o/a paciente a cada quatro ou seis meses, o que promove uma prática de cronificação do tratamento. E a entrada da ESF com a repetição das receitas, para ajudar os pacientes que não têm facilidade de acesso a especialistas, termina por alimentar a mesma cronificação, tanto do tratamento, quanto a cronificação da rede SUS.

As equipes relataram que, nos casos em que tentaram reduzir ou retirar medicações, os/as pacientes retornavam para os/as especialistas da neurologia e psiquiatria e voltavam a tomar as mesmas medicações. Para tais equipes, as relações de poder que se estabelecem entre especialistas e equipes da atenção básica, precisam ser problematizadas, para se chegar à raiz do problema da repetição de receitas. Chegaram a mostrar as cartas encaminhadas por especialistas exigindo que as ESF continuassem a repetição das receitas de BZD. Alguns médicos(as) também relataram a dificuldade da retirada da medicação, quando chegam à unidade e começam a conhecer a pessoa, mas a mesma não aceita modificar a medicação, pois

desacredita que um profissional da ESF tenha a mesma competência técnica do especialista que introduziu a medicação.

As equipes também relataram a experiência de saberem que as consultas com especialistas neurologistas e psiquiatras duram, no máximo cinco minutos. E, ainda que alguns deles pedem para que o/a paciente não seja levado ao consultório, ou seja, pedem para o/a familiar relatar os sintomas que serão medicados.

Existe uma cultura de busca pela medicação ansiolítica, mas ao, mesmo tempo, questionou-se se a própria equipe de saúde também não seria a primeira a transformar o sofrimento em adoecimento. Ao trabalhar com essa perspectiva, a própria equipe alimenta o circuito de medicalização do sofrimento e a repetição de receitas de ansiolíticos.

Após as problematizações feitas, com as duas dinâmicas acima relatadas, passou-se ao terceiro momento da reunião com trabalhadores(as), onde foram feitas propostas de intervenções para a retirada de BZD.

6.1.3 Construção da proposta de intervenção para retirada de BZD

Na cidade de Assis, foi feita a proposta de uma reflexão sobre como acessar o sofrimento psíquico de homens e mulheres em uso prolongado de BZD. Com essa finalidade, foram deixadas as seguintes perguntas finais, para a equipe debater: “Como trabalhar, a partir da compreensão de que homens e mulheres estão construindo em suas vidas uma experiência de sofrimento, que está vinculada aos papéis de gênero que são assumidos na sociedade?”; “Como lidar com essas pessoas, evitando a reprodução de papéis de gênero?”

Quando se discutiu com essas equipes, que havia sete pacientes na ESF 3 e onze pacientes na ESF 4 que continuavam o uso de BZD, sob a responsabilidade única do/da médico(a) da ESF, foi perguntado se seria possível trabalhar de forma diferenciada esses casos. A primeira resposta dada foi um questionamento, se não seria necessário que o/a paciente estivesse em psicoterapia. Foi orientado que dependeria da demanda do/da paciente, ou seja, o/a paciente poderia expressar tal necessidade, mas a priori, a retirada do BZD seguiria as orientações do Consenso Brasileiro da Insônia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE SONO, 2002). Percebeu-se, num primeiro momento, um receio da equipe em manejar tal situação, novamente recorrendo a especialistas da psicologia, para tratar do assunto.

Foi explicado que nos casos de retirada de medicação ansiolítica, grupos de escuta e mesmo de informações, sobre higiene do sono, são suficientes para apoiar o processo de desmame da medicação, não sendo necessário acionar a psicoterapia como primeira

estratégia, para início da retirada. Também foi propiciada uma discussão sobre as questões de gênero que envolvem o uso da medicação, e que, no momento da retirada do BZD, podem ser pautadas para ajudar a levantar estratégias psicossociais, para lidar com o sofrimento psíquico. Por exemplo, o acesso a situações de esporte e lazer para homens e mulheres em projetos citados como o Agita Assis, e também, levantar as situações de desemprego e encaminhar solicitações para ações intersetoriais com a Secretaria de Assistência Social. Enfim, problematizar as situações sociais, ao invés de transformá-las em situações de saúde.

As equipes da ESF avaliaram que já estavam revendo os casos em que eram responsáveis, e voltaram a reafirmar que o problema principal estava nos especialistas. Mesmo quando a pesquisadora pontuou a alta prevalência de usuários(as) de BZD na ESF, as equipes brincaram que “era melhor pôr BZD na água”. As equipes debateram que não existe lazer em Assis, as pessoas “não têm o que fazer”. Também relataram que, mesmo buscando trabalho, lazer, escola, vai haver um momento em que o/a paciente retorna sofrendo, e, portanto, precisa de um acompanhamento psicológico. Debateu-se como se tem “psicologizado” muitas situações cotidianas e o difícil limite entre oferecer escuta e ampliar a discussão de cada caso, e o momento de pedir o apoio da psicologia.

As equipes expressaram discursos contraditórios, ao falar das oportunidades em Assis. Por um lado, falaram da existência de projetos e, por outro, queixaram-se da inexistência de recursos na cidade. O discurso pareceu refletir o ciclo de problemas sem solução, já expressos pela equipe, quando queixaram-se da rotina do serviço de saúde. No momento em que começam a pensar em soluções, eles/elas mesmos(as) já elaboram os entraves que vão encontrar. Foi percebido que as equipes não visualizavam desafios a serem enfrentados e, sim, problemas sem solução.

Quando debateram como as mulheres insistem na repetição das receitas de BZD, as equipes puderam problematizar que as mulheres chegam à unidade, queixando-se de vários sintomas. Na verdade, querem ser cuidadas por seus maridos e familiares, ou mesmo, querem ser vistas como vítimas. O papel de argumentar, debater, resistir não é valorado, positivamente, para as mulheres, por isso, resta a função de vítima assumida, conscientemente, ou não. Ao analisar o papel assumido pelas equipes de saúde, percebe-se que também os/as trabalhadores(as) expressam cansaço, nos enfrentamentos diários, e sem disposição para iniciar mais um confronto, no caso, para a retirada de BZD dos/das pacientes. A equipe também assumiu um papel de vítima diante do uso prolongado de BZD, por parte da população atendida, culpando a rede pela situação atual.

O debate propiciou reflexões às equipes a respeito das construções sociais sobre gênero, tanto para compreender o sofrimento-adoecimento, como para tentar reconstruir as queixas, a partir de outros paradigmas da saúde que não seja somente o paradigma biológico. Pode-se tentar compreender como ser homem e ser mulher implica em compromissos sociais que têm custos psíquicos para os mesmos, e que a ESF pode levar em consideração tais perspectivas, para propor estratégias de enfrentamento que não se apoiem apenas na medicação.

Analisando o discurso dos/das profissionais de Assis, percebe-se que, mesmo ao final da reunião, quando várias reflexões foram feitas a respeito do sofrimento psíquico transversalizado por questões de gênero, a equipe pouco avançou na elaboração desses conceitos. Quando eram debatidas algumas situações, a primeira sugestão que surgia, na maioria das vezes, era de referenciar o caso para especialistas, demonstrando que a equipe não se percebeu amparada o suficiente, para lidar com as demandas trazidas pela comunidade.

Por essas razões, acredita-se que, dificilmente, a equipe tentará trabalhar com a comunidade, evitando a reprodução de papéis de gênero, visto que não se mostram fortalecidos o suficiente, para desafiar padrões, historicamente, constituídos.

Ao final, as equipes anotaram quais os/as pacientes estariam usando BZD, para debater cada caso e definir as estratégias a serem tomadas. Como a gestão do município preferiu não iniciar a intervenção no ambulatório de especialidades, a pesquisa em Assis, nesse momento, foi encerrada.

Na cidade de Goiânia, o terceiro momento da reunião objetivou discutir a elaboração de protocolos de retirada de ansiolíticos. Optou-se por uma intervenção mais diretiva, solicitando às equipes que, dentro da reunião, pudessem:

- Ler e discutir os textos (Apêndice F) com diferentes propostas para a retirada dos ansiolíticos;
- Elaborar um protocolo para retirada de BZD adaptado à realidade da ESF;
- Definir o cronograma de atividades e responsabilidades.

A princípio foi identificado quais seriam os pacientes que poderiam constar na lista, para a retirada de BZD. As equipes sabiam que só poderiam iniciar a intervenção com pacientes que tivessem apenas o/a médico(a) da ESF, como prescritor principal. Como existiam mais pacientes em uso prolongado que estavam sendo medicados por especialistas, a equipe tentou criar uma estratégia que atingisse ambos os grupos de participantes.

As equipes debateram que, mesmo que não conseguissem fazer a retirada total da medicação, consideravam que seria produtiva a possibilidade de reavaliar os pacientes e

propor outras estratégias, para lidar com o sofrimento, ou ainda, diminuir as doses da medicação ou substituí-la de forma racional.

Com apoio dos textos, foi possível problematizar como os chamados cuidados de rotina, ou seja, as consultas periódicas com médicos(as) não são eficazes, na retirada de BZD. As equipes gostaram das propostas feitas na meta-análise de Oude Voshaar et al (2006) que analisam a eficácia de intervenções mínimas, como o envio de cartas informativas aos pacientes e a atuação dos programas de descontinuação sistemática, supervisionados por profissionais da medicina e da psicologia.

Foi interessante perceber como os/as ACS buscavam compreender vários termos técnicos presentes nos textos, já tentando encontrar atividades que seriam pertinentes ao papel do ACS, como por exemplo, dar orientações sobre higiene do sono e ajudar pacientes a fazer os diários de sono, para, realmente, identificar a insônia. Por outro lado, a principal preocupação de médicos(as) e enfermeiros(as) foi como o número de consultas com cada paciente em retirada de BZD, pois não conseguiriam fazer atendimentos semanais. Esses(as) profissionais chegaram a debater se todo o processo de retirada de BZD não poderia ser feito em grupo, porém foram alertados de que muitas orientações sobre a medicação, necessitavam de consultas individuais escalonadas. Nesse ponto, foi importantíssima a sensibilização dos/das ACS, pois esses/essas poderiam responsabilizar-se por fazer visitas domiciliares semanais, para verificar como o/a paciente estaria lidando com a retirada do BZD. Ao mesmo tempo, poderiam também avaliar como estariam elaborando as queixas físicas e situações sociais que pudessem atrapalhar o processo de retirada de BZD.

A partir das discussões, dentro da reunião, os/as trabalhadores(as) construíram um protocolo para retirada de BZD, nomeado como “Passos para a Intervenção” (Apêndice J), que propõe:

1. Discutir, em reunião de Equipe, as informações que serão prestadas e a elaboração de cartas informativas para usuários(as) de BZD.
2. O/A ACS fará a entrega da carta informativa, fará a leitura junto com o/a paciente e discutirá todas as informações, nela contidas. Deverão lembrar-se de que são dois modelos de carta:
 - O modelo elaborado pelos(as) ACS, para entregar aos pacientes que recebem a prescrição apenas do(a) médico(a) do PSF - (Apêndice H);
 - O modelo a ser entregue para pacientes que são atendidos por outros especialistas da saúde (neurologistas, psiquiatras, cardiologistas)- (Apêndice I).

3. Toda a equipe precisará estimular cada paciente da ESF, para que faça a redução gradual do medicamento. Porém, as equipes precisam estar atentas para não orientar a redução do BZD, para aqueles(as) pacientes que são atendidos(as) por especialistas (neurologistas, psiquiatras, cardiologistas).
4. Médicos(as) e enfermeiros(as) deverão anotar em prontuário todas as intervenções, junto aos pacientes.
5. Os/As ACS farão a visita domiciliar, duas vezes na semana (nos dois primeiros meses), para a anotação de diário de sono e repassar os dados para Enfermeiros(as) anotarem em prontuário.
6. Os/As ACS farão as anotações em caderno, de todas as intervenções com cada paciente, bem como o que cada paciente definiu como projeto e as repassarão para a anotação em prontuário.
7. Após dois meses da entrega da Carta, a equipe deverá:
 - Reavaliar quais pacientes necessitam de acompanhamento médico sistemático (consultas semanais), para redução gradual supervisionada.
 - Anotar os critérios de escolha, para encaminhamento para médicos.
 - Anotar os pacientes que estão conseguindo fazer a redução gradual, sem necessidade de serem encaminhados para as consultas semanais.
 - Anotar as estratégias que serão utilizadas com os dois grupos de pacientes (aqueles que continuam a reduzir por conta própria e aqueles que vão ter consultas médicas semanais para a monitorização da retirada).
 - Reavaliar quais pacientes de médicos especialistas trouxeram relatório médico para a equipe da ESF. Anotar quais estratégias serão utilizadas com esses pacientes.
8. Após quatro meses da entrega da Carta e com dois meses de Redução Gradual do Medicamento com supervisão médica semanal, fazer :
 - A avaliação de quais pacientes precisam ser atendidos em grupo de apoio psicológico.
9. Março de 2011, início de grupo com usuários(as)

A idéia desse protocolo, foi a de tentar implementar, no Brasil, e mais, especificamente, na realidade da ESF, uma proposta de intervenção que focasse na responsabilização de toda a equipe e que seguisse passo a passo a proposta de abordagem de Russell e Lader (1993) citado por Oude Voshaar et al (2006). Essa abordagem propõe que se

inicie as tentativas, por intervenções mínimas. Caso não sejam eficazes, passa-se ao segundo passo, que seria a descontinuação sistemática, acompanhada por médico(a). Se esse segundo passo falhar, passa-se ao terceiro, que seria a descontinuação sistemática com a psicoterapia ou com a farmacoterapia, que seria a substituição por outro medicamento.

Sendo assim, as equipes propuseram, para agosto de 2010, a execução das atividades seguintes:

- Grupos de discussão para sensibilização em Gênero e Saúde Mental;
- Construção de Carta Informativa sobre uso de Ansiolíticos com ESF;
- Grupo de técnicas de relaxamento com ACS;
- Entrega das cartas informativas para as equipes iniciarem a intervenção com usuários e usuárias.

No período de setembro/2010 a fevereiro/2011, ocorreu uma reorganização das áreas de abrangência das ESF. Passaram de quatro a cinco equipes, novos profissionais chegaram, nas unidades de saúde e ACS, tiveram suas áreas alteradas. Devido a isso, muitos ACS tiveram que iniciar, novamente, o trabalho de conhecimento da clientela atendida e a distribuição de cartas informativas, sobre BZD para pacientes novos(as).

E, por fim, de fevereiro/2011 e março/2011, reunião de avaliação dos primeiros passos da intervenção.

6.2 Acompanhamento das ações em saúde das ESF, para retirada de BZD

Neste tópico são analisadas as transcrições das gravações de todos os grupos, realizados nas ESF, entre agosto de 2010 e junho de 2011. Essas intervenções ocorreram através de: grupos de discussão com profissionais, estudos de caso, grupo com usuários(as) de BZD e visitas domiciliares.

6.2.1 Grupos de discussão para sensibilização em saúde mental e gênero

As intervenções iniciadas para a retirada de BZD foram focadas nas discussões para sensibilização em saúde mental e gênero. Para essas discussões, foi pedido que as equipes da ESF trouxessem casos acompanhados por eles/elas. Esses casos deveriam envolver situações de saúde mental, para que o grupo discutisse estratégias de intervenção. Nesses encontros, o papel da pesquisadora foi o de mediar as discussões, problematizando as questões de gênero que estariam transversalizando as situações relatadas.

Torna-se importante, agora, discutir as análises a respeito da compreensão que profissionais têm a respeito de gênero, a partir do conteúdo desses encontros. Como já foi dito, no capítulo de metodologia, para não haver a identificação dos/das profissionais, serão criados nomes fictícios para os/as mesmos(as).

Ao debater-se sobre o que seriam as questões de saúde mental e de gênero vivenciadas na equipe, uma das ACS, aqui nomeada como Carla, trouxe o seguinte exemplo:

“Tem uma senhora que eu visitei... ela é uma pessoa queixosa, que ela queixa de tudo, mas acho que problema dela é só solidão, não tem com quem conversar. Mas como ela vai queixando muito de tudo, aí os médicos vão só passando de um para o outro e ninguém acompanha na verdade o que ela sente.” (ACS Carla)

Esse relato mostra, como situações de solidão e carência, vão passando, na forma de sintoma, de um especialista para o outro, e como a ACS sente-se impotente, ao ver que nenhum desses profissionais, realmente, buscou ouvir a paciente. Por outro lado, outras ACS pontuaram sobre essa mesma paciente afirmando que, “quando ela tá namorando fica feliz da vida, ela fica bem, eu conheço ela!” (ACS Andrea). Na elaboração das falas, percebe-se as construções que colocam a felicidade da paciente, no fato de estar acompanhada por um homem. Isso mostra como a equipe, nessas primeiras capacitações, ainda reproduz as relações sociais de valoração positiva, para mulheres que tenham parceiros e, negativa, para aquelas que vivem sozinhas. Por outro lado, algumas ACS já expressaram críticas aos termos de desvalorização da mulher, como por exemplo: mulher largada do marido, mulher encalhada (ao se referir àquelas que nunca se casaram).

Ao problematizar essa situação com a equipe, pediu-se sugestões de intervenções nesse caso. Num primeiro momento, a equipe só foi capaz de descrever o que já vinham fazendo. Encaminhar para psiquiatra, para psicólogo e se nada fosse eficaz, pedir que o médico da ESF atendesse essa paciente. Pontuou-se que todas essas ações centralizavam-se apenas no eixo da saúde e apenas repetiam o padrão já debatido, de transformar sofrimento em adoecimento. Pediu-se, pois, à equipe, para formular novas propostas. Surgiram sugestões como: ajudar a mulher a valorizar a si mesma, motivá-la a ter mais confiança em si mesma, buscar apoio de pessoas próximas, sair para passear, ir ao salão de beleza, ir para festas e outras.

Percebe-se que a equipe utiliza um manejo simplificado de apenas estimular a pessoa a utilizar recursos individuais, na solução do conflito, como se dependesse apenas dela a decisão de estar só. Problematizou-se com as equipes que as unidades de ESF podem focar

em estratégias psicossociais, que busquem ambientes coletivos e que propiciem bem-estar para as queixas de sofrimento psíquico que sejam mais leves.

As sugestões sobre melhora da autoestima também reproduzem um modelo alienador das relações de gênero, que propõe empoderamento da mulher, pela via da beleza e bem-estar, que só dependeriam dela. As palavras emprego, cursos de capacitação e participação em grupos comunitários não foram mencionadas nesse primeiro momento, revelando, claramente, como a equipe reproduzia papéis sociais, ao pensar suas intervenções no campo da saúde mental.

Trabalhou-se, tentando clarificar como o conceito de autocuidado, pode tornar-se uma ferramenta de transformação, caso a equipe compreenda os papéis de cuidado, majoritariamente, assumido por mulheres, a sobrecarga que os mesmos causam e como os mesmos não são valorizados pela sociedade. Pelo contrário, só são valorizados, quando a mulher deixa de cumpri-los. Nesse momento, pode-se até mesmo voltar à crítica às práticas de cuidado da ESF que são focadas na mulher e a responsabilizam pelo cuidado, tanto de si, quanto do outro, sem questionar que essa mesma prática está reeditando papéis de subordinação da mulher.

Nesse momento surgiu a oportunidade de problematizar a prática de prescrição de BZD para homens e mulheres, pois a equipe compreendia que esta seria uma forma de cuidado. Foi possível refletir que as queixas de insônia, angústia e nervosismo, que chegam até a equipe, expressam pedidos de ajuda da comunidade, que não, necessariamente, precisariam ser medicalizadas. Foi importante utilizar os exemplos trazidos pelas ACS, porque, a cada relato de caso, foi-se desconstruindo o sintoma e individualizando a situação vivida por aquela mulher, ou aquele homem e, só então, foi possível imaginar intervenções mais transformadoras que adaptadoras à realidade.

A equipe debateu e concluiu que os grupos denominados “roda de conversa” poderiam dar a oportunidade de fala a muitas mulheres em sofrimento. E ainda, que esse grupo funcionaria como uma estratégia de cuidado em saúde mental. Foi interessante observar que, para as ACS, foi mais fácil criar estratégias de cuidado em grupo, que focassem no corpo das mulheres. Arrumar o cabelo, fazer as unhas, dar e receber massagem foram sugestões recorrentes, para pensar-se em estratégias de cuidado. É interessante observar-se que o corpo feminino, novamente, passa a ser o foco da intervenção de saúde mental, e que os aspectos da beleza são a via de acesso que ACS encontram, para contatar o sofrimento psíquico de mulheres. Por outro lado, pode-se pensar que as mesmas estratégias que poderiam ampliar o acesso de mulheres a outras formas de cuidado, que não apenas a medicação pudessem,

também, ser alienadoras. Isso dependeria de como ACS e comunidade desenvolvessem tais atividades.

Mas, ao mesmo tempo em que se propõe uma estratégia de cuidado em grupo, a equipe já traz casos de mulheres que sempre viveram sob os padrões culturais de subordinação, aprendido com mães e avós, e que elas poderiam não se interessar por tais atividades. Foi devolvida ao grupo a pergunta: Como vocês iriam lidar com uma mulher com essas características, caso vocês fossem convidá-la para participar de um grupo? Como resposta, a ACS Denise deu um exemplo de manejo feito por ela:

A paciente dizia: “Foi assim que eu aprendi, foi assim que minha mãe me ensinou”. A ACS perguntou quantos anos ela havia vivido com a mãe e a resposta foi 17 anos. A ACS voltou a perguntar quantos anos ela já não vivia mais com a mãe. Nova resposta, 37 anos. Então a ACS ponderou: “Será que nesses 37 anos, você não aprendeu nada?”. E a paciente respondeu que precisaria pensar melhor a vida dela.

As ACS relataram que a forma como elas elaboram as perguntas, ajudam aos usuários(as) a refletirem sobre suas vidas e ter a oportunidade de fazer diferente. Ouvir o que a pessoa gosta de fazer, também foi discutido como uma forma interessante de avaliar, como ajudar pessoas que estão em sofrimento. Mas, acrescentaram que, em alguns casos, o envolvimento delas precisaria ser maior, como por exemplo, quando compram alguns materiais de higiene e ensinam mulheres a se cuidarem. As ACS acreditam que assim formam um vínculo com alguns pacientes, que seria difícil de obter por outras vias. Mas, elas utilizaram exemplos apenas de mulheres, ao falar dessa estratégia de aproximação, via cuidados do corpo.

O mesmo ocorreu quando ACS tentaram elaborar formas de resolução de conflitos entre casais. Elas falaram de mulheres que estão sendo desvalorizadas e não conseguem fazer-se ouvir. O grupo trabalhou as estratégias que utilizariam para ensinar mulheres a saberem a hora de comunicar algo que lhes desagrada. Por exemplo, acreditam que o parceiro precisa estar relaxado, no momento em que desejam falar sobre algo importante. O que se percebeu, novamente, foi que o alvo das ações das ACS, sempre se volta para a mulher. Este movimento termina por impedir que se construam oportunidades de mudança, nas práticas de saúde da equipe. Essas estratégias, dialeticamente, podem promover diálogo, mas reeditam o papel de subserviência de mulheres que precisam “ser cautelosas” ao reivindicar.

Foram dados alguns exemplos de estratégias de intervenção com mulheres em sofrimento psíquico, quando ACS tiveram que estimular a busca por emprego. Porém, é importante destacar que, a escolha por ter um emprego formal, implica em ter suporte para

isso, como por exemplo, ter creches e escolas para os filhos, pessoas que cuidem dos mesmos quando não estiverem na escola e outros. Sendo assim, a intervenção das ACS, muitas vezes, inicia dando informações sobre onde conseguir vagas para creches, ou mesmo a que instituições recorrer.

Algumas equipes discutiram a dificuldade em criar grupos, na comunidade, e deram vários exemplos de tentativas frustradas. Ressaltaram que por estarem numa área onde há tráfico de drogas e outras situações em conflito com a lei, as pessoas preferem não participar de atividades em grupo. Tal análise foi uma importante ferramenta para o grupo refletir sobre novas estratégias, para lidar com uma comunidade que desconfia de tudo que venha do Estado. Partindo daí, as equipes discutiram como vizinhos e vizinhas formam vínculos de apoio mútuo, que podem servir de suporte às ações de saúde mental.

As ACS relataram a dificuldade em acessar homens que estejam com sofrimento psíquico, porque nunca estão na residência, no momento da visita domiciliar. Outra dificuldade está em como abordar essas questões, porque os homens preferem negar sentimentos, não gostam tanto de atividades em grupo e só se interessam por situações onde possam fazer uso de bebida alcoólica. Dessa forma, quando perguntou-se quais estratégias poderiam ser utilizadas para homens em sofrimento psíquico, as ACS sorriram e uma disse: “boa pergunta, eles são de outro mundo, de homem a gente não entende” (ACS Carla).

Vale destacar que, nesse momento da sensibilização em gênero, todas as ACS e as enfermeiras são mulheres. Homens, só existem dois médicos. Sendo assim, os aspectos de cuidado dos serviços de saúde já, organizacionalmente, focados nas mulheres, tornam-se mais difíceis ainda, no que se refere ao cuidado dos homens, em equipes que são, majoritariamente, femininas. Quando as ACS definem o perfil do homem que necessitaria cuidado, descreve-o como calado, sem interesse por atividades psicossociais e consumidor de bebida alcoólica. Tal estereótipo pode impedir que a equipe pense em estratégias de cuidado, na área da saúde mental. Esse impedimento foi tão grande, no momento da primeira capacitação, que as ACS só conseguiram falar de casos de homens das próprias famílias e não citaram pacientes da comunidade.

Uma discussão importante das equipes foi a respeito da dificuldade em propor estratégias psicossociais, em comunidades muito pobres, que não têm recursos para oferecer à população. Por esse motivo, o setor saúde fica isolado, num território sem escolas, creches, emprego, transporte público, assistência social, associações de bairro, lazer e organizações sociais. Foi possível problematizar a importância da ESF, pautar junto a outros setores, a presença na comunidade e mesmo mobilizar a comunidade, para que reivindique os

dispositivos institucionais de que necessita. Foi, particularmente, importante discutir a escola e o trabalho como recursos primordiais para subsidiar intervenções de saúde mental, junto aos usuários do serviço de saúde.

Ao elaborar as dificuldades encontradas nas comunidades pela falta de outros setores do Estado, as equipes fizeram um movimento muito rico de resgatar aspectos de cuidado que poderiam estar atrelados às questões culturais e que, portanto, estariam mais acessíveis. As ACS lembraram situações em que começaram a ajudar alguns pacientes a plantar mudas ornamentais no quintal, cultivar cebolinha verde e algumas ervas, para a alimentação. Tais situações surgiram, espontaneamente, e nem as ACS percebiam que essa ação era uma importante intervenção de cuidado.

Outra situação lembrada como momento de cuidado em saúde mental seriam as reuniões familiares para fazer pamonha, uma comida típica da Região Centro-Oeste. As ACS resgataram na memória como estes rituais para fazer pamonha duravam o dia todo e distribuíam papéis para toda a família. O ritual de processar o milho passava pela mão de crianças e adultos até o momento de comer a pamonha e neste ínterim crenças, anedotas e histórias da família eram compartilhados.

Ao final do encontro, uma das equipes avaliou que seria importante que as ACS soubessem mais sobre exercícios de relaxamento, visto que nunca haviam recebido capacitação nessa área. Perceberam, também, que precisavam desta ferramenta para trabalhar com homens e mulheres que tivessem queixa de insônia. Dessa forma foi programado um encontro, só para ensinar exercícios de alongamento, respiração e relaxamento, para que as ACS pudessem aprender como utilizá-los.

Dentro dos grupos de discussão, desenvolveu-se uma oficina com as equipes para construir uma carta informativa, sobre o uso de BZD. A carta informativa é reconhecida, internacionalmente, como uma estratégia mínima de intervenção para a retirada de BZD. O objetivo de construir essa carta informativa, não foi para substituir a falta de informação sobre a medicação ansiolítica, detectada nos dados levantados na primeira parte desse estudo, ou mesmo para substituir a ausência da bula medicamentosa. A construção da carta foi uma ferramenta, para que os/as ACS produzissem conhecimento, tanto referente ao uso do medicamento, como da linguagem e manejo necessários para lidar com a comunidade, onde trabalhavam. Para esses encontros, contou-se com os textos sobre estratégias de retirada de ansiolíticos que foram utilizados para apoiar a construção dos protocolos de retirada de BZD (Apêndice F). Foi pedido que as equipes dividissem-se em grupos de cinco e discutissem

quais informações seriam necessárias para repassar a usuários(as) de BZD. Foram produzidos, pelas equipes, sete modelos de cartas informativas, listadas abaixo:

Carta 1

“Você conhece os benefícios e malefícios dos medicamentos benzodiazepínicos?

Os benefícios parecem ser reais e agradáveis, melhorando a ansiedade e dando as sensações de tranquilidade e bem estar, bem como ajudando a dormir. Porém, esses benefícios são de grande ajuda para o organismo, por no máximo três meses. Após esse período, pode causar dependência, levando a diminuir a concentração em áreas como atenção, concentração e memória.

O uso continuado, desses tipos de medicamentos, também podem provocar dificuldade de aprendizagem, aumento no risco de sofrer acidentes e dificuldades no trabalho.

Você poderá escolher, depois dessas explicações, continuar ou diminuir aos poucos essa medicação e deixar de ser dependente dela. Para isso, você poderá contar com o apoio da equipe do PSF.”

Carta 2

“Querida colega,

Venho por meio desta carta, orientar a respeito da medicação ansiolítica que você está fazendo uso, atualmente, para amenizar o sofrimento que ela causa, no seu cotidiano, visto que você já a usa, há algum tempo, e a orientação é de que este tipo de medicamento seja utilizado por apenas três meses. Sabe-se que, o uso prolongado dessa medicação, pode trazer dependência e causar complicações à sua saúde.

Sendo assim, sugerimos que você diminua aos poucos a dosagem do medicamento, que não pode ser retirado de uma só vez, pois o benefício de deixar de usá-lo, poderá melhorar sua qualidade de vida, tendo assim uma vida satisfatória e prazerosa, bem como, possuindo mais equilíbrio psicológico e mental.

E, para deixar esta medicação, você poderá contar com a Estratégia Saúde da Família.”

Carta 3

“Viemos através desta carta, informar-lhe sobre o que é o diazepam. Ele te deixa menos ansiosa, mais tranquila e a ajuda a dormir.

É um medicamento que só pode ser usado por apenas três meses. Por quê?

Porque depois desse tempo de uso, ele prejudica a sua saúde, podendo:

- Provocar esquecimento;

- Aumentar o risco de acidente, pois causa tontura, diminui sua atenção na casa e no trabalho;
- Causa dependência.

Sugerimos uma avaliação médica e apoio da Equipe de Saúde da Família, para melhorar sua qualidade de vida e sua disposição diária. Para tanto, o paciente pode contar com o apoio da equipe e da sua Agente de Saúde da Família.”

Carta 4

“Viemos através desta, informar que o Diazepam ajuda a ficar calma, a manter o controle, a diminuir sua ansiedade, ajuda a encarar os problemas, aliviar as dores e a dormir. Mas, após três meses, que é o prazo recomendado pelos médicos para seu uso, você passa a correr riscos, pois ela se torna uma droga que causa dependência, falsa sensação de bem estar, diminui sua atenção, sua memória, dificulta seu aprendizado, seu relacionamento com as pessoas, causa tonturas, o que pode causar quedas no trabalho e em casa.

Não precisa fazer uma retirada total do remédio, pode e deve ser aos poucos. No início isso proporciona um sono realmente de qualidade, mesmo que em menor quantidade, mas depois você vai notar a melhora da memória, a disposição e a energia vão voltar ao poucos, proporcionando, uma qualidade de vida. Com todas essas informações sobre os benefícios e riscos e com o apoio da equipe do PSF, você tem o direito da escolha de tomar posse de sua vida.”

Carta 5

“Contracapa:

Aviso Importante: você tem todo o direito, de ser informado sobre o seu tratamento, riscos que corre e benefícios que você pode ter.

Corpo do Texto:

Você sabia que os medicamentos benzodiazepínicos reduzem a ansiedade, amenizam excitação excessiva, tranquilizam a pessoa e ajudam a dormir? Porém, o tempo máximo de uso é de três meses. Usá-lo por tempo maior, pode implicar em riscos tais como: alteração da atenção, dificuldade de aprendizagem, concentração e memória, dependência, risco de sofrer acidente e quedas e dificuldade no trabalho.

Pensando nesses efeitos, apresentamos uma sugestão: reduzir lentamente as doses, até essa medicação ser retirada, totalmente.

Após a retirada da medicação, no tempo determinado, haverá os seguintes benefícios: melhora na qualidade do sono, melhora da concentração, melhora na disposição e energia durante o dia e melhora da memória e do raciocínio.

Nossa estratégia é melhorar sua qualidade de vida com o apoio da equipe do PSF. Atenção: nunca interrompa o uso de forma bruta, discuta a retirada da medicação com seu médico.”

Carta 6

“Gostaríamos de informar que o uso de medicamento que você está em uso para controle de ansiedade e melhoria do sono pode trazer malefícios, quando seu uso exceder três meses.

Este medicamento do grupo benzodiazepínico: reduz ansiedade, ameniza excitação excessiva, tranquiliza a pessoa e ajuda a dormir. Quando usado apenas num período determinado de três meses. Caso esse tempo seja extrapolado, pode trazer alteração da atenção, concentração e memória, dificuldade de aprendizagem, dependência, com risco de sofrer acidentes e quedas, dificuldade no trabalho.

Porém, caso você deseje livrar-se dos malefícios desse remédio, sugerimos a redução lenta das doses, buscando a descontinuação (retirada total).

Após a retirada do medicamento, você pode beneficiar de uma melhora na qualidade do sono, melhora na concentração, melhora na disposição e energia.

Dicas para voltar a dormir sem o uso do medicamento...higiene do sono.”

Carta 7

“Venho, por meio desta, informar que a medicação _____ que você está fazendo o uso ajuda a controlar a ansiedade e até ajudar a dormir. Constatamos que você está tomando esse medicamento há mais de _____ anos. Isso pode vir a trazer sérios problemas para sua saúde, como: ficar dependente do remédio, alterar sua atenção, concentração e memória, risco de sofrer acidentes e quedas, dificuldades no trabalho.

Gostaríamos de garantir o acompanhamento para redução lenta das doses, buscando a retirada total da medicação para melhoria na qualidade de sono e de vida.”

È interessante ressaltar que, das sete cartas acima listadas, três delas foram direcionadas às mulheres, uma iniciou direcionada aos homens e três foram neutras. Percebe-se também que as equipes ficaram presas aos termos técnicos utilizados nos textos de suporte da oficina. Porém, foi extremamente importante o cuidado que alguns grupos tiveram em

personalizar a carta, colocando o nome do medicamento e o número de anos que o/a paciente estava tomando. Considerou-se muito perspicaz a ideia de não utilizar um formato apenas de mensagem a todos, mas direcionada à pessoa. Também foi interessante a forma como escreveram, como se estivessem dialogando, com perguntas e respostas. Sendo assim, mantiveram-se tais características, na proposta final do modelo de carta informativa a ser entregue aos(às) usuários(as) de BZD.

Todas as cartas foram lidas, debatidos os prós e contra de cada formato, e, com as sugestões do grupo, ficou a cargo da pesquisadora transformar todas as sugestões em uma única carta para todas as equipes da ESF. Dessa forma, foi elaborado um modelo de carta a ser entregue àqueles(as) usuários(as) que recebiam a prescrição de BZD, apenas da ESF (Apêndice H); e outro modelo de carta, para usuários(as) atendidos(as) por especialistas (Apêndice I). Ambos os modelos foram lidos em conjunto com as equipes, esclarecidas as dúvidas e feitas dramatizações com ACS, sobre como entregar a carta e responder a eventuais questionamentos.

Ao final desse encontro, também foi entregue às equipes a lista com as estratégias de intervenção que eles/elas haviam sugerido, no decorrer da capacitação, e que já foram problematizadas acima. O objetivo de entregar essa lista foi porque não houve tempo de todos/as anotarem tudo que foi debatido. Sendo assim, segue abaixo a lista de sugestões dos/das trabalhadores(as):

Estratégias para Intervenções Psicossociais

- Motivação para mudança de comportamento (se arrumar, sair para caminhar, tomar banho, sair para o forró, ir a shows, fornecer material de higiene).
- Empoderamento: constância nas visitas, fazer novas atividades, juntos(as), iniciar intervenções através de atividades comuns na comunidade (cuidar de plantas, fazer pão ou rosca), para que aprendam a descobrir atividades prazerosas em casa.
- Incentivar criação de Redes de Cuidados: estimular a formação de novos vínculos entre vizinhos, novas amizades para ter apoio e criar raízes, estimular a prática de trabalhos voluntários.
- Questionar padrões de condutas disfuncionais: fazer perguntas para ajudar a pessoa a chegar a novas respostas.
- Potencializar ações comunitárias (grupos comunitários, grupos religiosos, grupos de lazer)

- Estimular ações para buscar lazer (sozinho, o casal, em grupo) e trabalho (buscar cursos profissionalizantes)
- Estimular retorno à escola e prática de atividades físicas/esportes
- Dar *feedback* (descrever para a pessoa o problema/queixa de forma simples e sintética)
- Propor role-play: jogo de papéis para se colocar no lugar do outro, trabalhar habilidades sociais, como ser respeitado(a).
- Trabalhar a autoestima: utilizar práticas de cuidado individual ou em grupo como massagem, cuidados com o cabelo, a pele, unhas, saúde bucal, e outros.
- Estimular mudanças nas formas de diálogos em casa/conflitos: trabalhar o tom de voz, como falar, que hora escolhe para falar, com quem fala, qual mensagem gostaria de passar.

6.2.2 Protocolo de intervenção para retirada de BZD

De setembro de 2010 a fevereiro de 2011, as ESF ficaram responsáveis por desenvolver o protocolo de retirada de BZD. Sendo assim, não houve qualquer contato da pesquisadora com as equipes, nesse período. Em fevereiro de 2011, a pesquisadora voltou a campo para avaliar os primeiros meses da intervenção e acompanhar o desenvolvimento da mesma.

Como foi antecipado, no capítulo de metodologia, as equipes sofreram várias modificações, nesse período, passando de quatro para cinco ESF. Receberam novos profissionais e tiveram alterações nas áreas de trabalho das ACS. Sendo assim, a primeira avaliação das próprias equipes foi que de todos os passos planejados para a intervenção, eles/elas só haviam feito a entrega da carta e iniciado o acompanhamento daqueles(as) pacientes que, prontamente, sentiram-se mobilizados(as) a fazer a retirada do BZD.

Com a mudança das áreas de abrangência, chegaram pacientes novos e, outros que estavam na pesquisa, passaram a fazer parte de outra equipe de saúde da região. Há que se considerar também que, algumas famílias, mudaram-se de bairro. A partir dessa análise, as equipes decidiram mapear novamente quem seriam os/as usuários(as) atuais dos medicamentos diazepam e clonazepam. Dos/Das 60 pacientes que haviam respondido ao questionário no início da pesquisa, na cidade de Goiânia, 19 já não viviam mais nas áreas de abrangência das equipes e um faleceu. O impressionante foi que foram encontrados(as) 32 novos usuários(as) de BZD. Sendo assim, considera-se, para o desenvolvimento do protocolo de retirada de BZD, o total de 72 pacientes em cinco equipes da ESF da cidade de Goiânia.

As equipes conseguiram entregar as cartas informativas para 64 pacientes. Após três visitas das ACS, oito pacientes não foram encontrados(as) em casa, com isso, optou-se por excluí-los da análise. As ACS continuaram com as cartas, caso conseguissem encontrá-los(las), futuramente.

Durante o período de entrega das cartas, as ACS descobriram que cinco pacientes já haviam parado totalmente o uso do BZD, logo após a aplicação do questionário. Eles/elas relataram que a informação recebida, já na aplicação dos questionários, serviu de alerta sobre o uso prolongado da medicação. Muitos(as) disseram que haviam compreendido anteriormente que deveriam usar a medicação para o resto da vida, e, só com a explicação sobre o uso correto da medicação foi suficiente, para que iniciassem a retirada e estavam se sentindo bem, sem necessidade de voltar para a consulta médica, na ESF.

Após a entrega da carta informativa, 24 pacientes fizeram a retirada total de BZD com apoio da ESF. É importante destacar que a equipe ofereceu diferentes possibilidades para os/as pacientes, pois avaliaram que alguns(mas) não estavam conseguindo fazer a retirada do BZD, sem substituí-lo por um medicamento antidepressivo. Esta abordagem foi orientada pelo psiquiatra que fez a capacitação dos/das médicos(as) da ESF.

Considera-se que, do início da pesquisa, com a aplicação dos questionários, até a última reunião de avaliação em junho de 2011, 45% dos/das pacientes fizeram a retirada total de BZD. Esse percentual foi extremamente positivo visto a simplicidade da intervenção que contou basicamente, com a mobilização da equipe para pautar a retirada do BZD em seus atendimentos, mais a construção e utilização da carta informativa sobre BZD. Do total de pacientes que conseguiram fazer a retirada total do BZD, 65% estavam sendo acompanhados apenas pela ESF e 35% estavam sendo atendidos(as) por especialistas. Deste grupo que parou:

- 5 pacientes pararam o uso de BZD apenas com as informações prestadas durante aplicação do questionário;
- 10 pacientes pararam o uso de BZD, sem nenhuma substituição por outro medicamento, apenas com as informações da carta;
- 12 pacientes pararam o uso de BZD com substituição feita por especialistas e médicos(as) da ESF, após a entrega da carta informativa.

Foi uma surpresa para a pesquisadora, o número de pessoas que interrompeu o uso do BZD apenas com informação sobre essa medicação, seja através da carta informativa ou das orientações dadas pela pesquisadora e ACS, no momento do questionário. Esse fato demonstrou um dos princípios básicos da saúde coletiva, que é o de modificar processos de adoecimento via oferta de informações para a comunidade. Por outro lado, trouxe à tona uma

interessante perspectiva de poder. Essa perspectiva propõe dar aos(ás) pacientes as informações sobre benefícios e malefícios dos ansiolíticos, bem como, a autonomia de decidir o que querem fazer a respeito. Com essa iniciativa, devolve-se para o paciente, ao menos em parte, o poder de gerir sua vida e seu tratamento de saúde.

Uma segunda consideração sobre a eficácia da carta informativa, no contexto da ESF, diz respeito aos vínculos de confiança que foram construídos entre ACS e usuários e usuárias. Foi avaliado que tal estratégia mostrou-se efetiva, muito mais pela relação de empoderamento proposto a ambas as partes, para que discutissem abertamente sobre o sofrimento vivenciado, que apenas uma transmissão de informação.

No decorrer do acompanhamento das ações, na ESF, também foi possível acompanhar dois casos que foram medicados com antidepressivo como substituição ao BZD. Um já havia retirado totalmente até mesmo o antidepressivo e o segundo está em processo de retirada do antidepressivo.

Dos 26 casos, em que não foi iniciada a retirada do BZD até junho de 2011, 12 eram pacientes só medicados pela ESF e 14 eram pacientes que estavam sendo acompanhados(as) por especialistas. As ACS entregaram as cartas aos/às pacientes, eles/elas a levaram para a consulta com especialistas e apenas uma paciente trouxe um relatório escrito, informando que a medicação seria mantida. O restante só recebeu a informação, verbalmente, do médico de que não iria alterar a medicação. Em dois casos, os(as) especialistas informaram aos pacientes que se eles/elas não estivessem satisfeitos com o tratamento, poderiam procurar outro(a) médico(a).

Os 12 casos da ESF, que não conseguiram iniciar a retirada, foram discutidos nas reuniões de estudo de caso, e, portanto, a análise dos mesmos será feita no próximo item.

De acordo com a proposta do protocolo de retirada de BZD construída pelas equipes, o primeiro passo seria a entrega da carta informativa e mobilização dos/das pacientes, para fazerem a retirada gradual da medicação com o apoio da ESF. Ressalta-se que a princípio as equipes haviam preparado-se para dar estas informações em vários momentos: na visita domiciliar da ACS, na consulta com enfermeiro(a) e na consulta com médico(a). Esse passo foi integralmente cumprido, porém novamente houve pouca anotação em prontuário sobre as estratégias de intervenção que a equipe desenvolveu em cada caso, bem como, não fizeram reuniões em equipe, especificamente, para acompanhar esses casos. Avalia-se que mantiveram apenas a premissa de propor e apoiar a redução gradual do BZD ou substituição por outro medicamento, sem monitorar como estava sendo feito. Uma enfermeira relatou, durante um dos encontros, que sentia que a equipe só parava para refletir o como fazer, ou

para mobilizar-se para ir atrás dos casos mais difíceis, quando a pesquisadora fazia-se presente na unidade. Ela dizia sentir que a ESF não se comprometia de verdade com essa prática.

As ACS mantiveram a rotina de visitas mensais, como já fazia, em seu trabalho. Portanto, não cumpriram o proposto, ou seja, duas visitas semanais, para anotação do diário de sono. Elas avaliaram que, como não havia uma rotina de monitoramento do sono, terminaram por esquecer-se dessa estratégia. Porém, as ACS anotaram no caderno de visitas várias intervenções que fizeram, motivando os/as pacientes, na redução gradual do BZD. Foi percebido que as ACS passaram a discutir com os/as pacientes as situações de vida que poderiam estar provocando a insônia.

Entre dois e cinco meses, após a entrega da carta informativa, foram avaliados os/as pacientes que ainda não haviam iniciado a retirada da medicação e que eram atendidos(as), somente pela ESF. Dessa forma, em três ESF foram selecionados(as) 24 pacientes nesta condição. Após decisão da equipe, as ACS voltaram a visitar esses pacientes e verificar se teriam interesse em serem apoiados(as), por meio de um grupo com psicóloga, enfermeira e ACS. Foram todos(as) convidados(as) a participar desse grupo que se reuniria uma vez na semana, numa igreja da comunidade onde a ESF costuma fazer as reuniões dos programas de saúde. Destaca-se que, na proposta de intervenção, esse grupo só iniciaria, após a tentativa de redução gradual do BZD, com atendimentos médicos semanais. Mas, como as ESF não conseguiram prestar o atendimento semanal, optou-se por iniciar o grupo para apoiar a equipe, no processo de retirada do ansiolítico.

Em duas ESF não houve número suficiente de usuários(as) para formar grupos. Essas equipes avaliaram que ainda faltava compreensão das ACS, sobre o uso do BZD e das relações de gênero. Por esse motivo, optou-se por fazer estudos de casos em equipe, dos/das usuários(as) em uso de BZD, para que todos(as) fossem aprendendo como lidar com essas questões, a partir das experiências acompanhadas pela pesquisadora.

De abril a junho de 2011, foram realizados 10 encontros em grupo com usuários/usuárias de ansiolíticos. Esses encontros contaram com a presença da psicóloga-pesquisadora, de enfermeiras das ESF, duas ACS de cada equipe e usuários(as) com interesse em retirar BZD. Os objetivos desse grupo era ressignificar o uso do ansiolítico, apoiar as estratégias de retirada e problematizar as práticas de cuidado em saúde. Participaram desses encontros, 15 pessoas, mas de forma muito pontual. Cada encontro era sempre de quatro a cinco pessoas que não haviam encontrado-se antes.

Para os encontros com usuários/usuárias, foram preparadas dinâmicas de grupo, com o objetivo de apresentarem-se uns(umas) aos(às) outros(as) e tomarem conhecimento da proposta do grupo, nos dois primeiros encontros. O terceiro e quarto encontros objetivaram resgatar as vivências em casa e verificar como cada pessoa lidava com os conflitos. Do quinto ao décimo encontro, vieram de uma a três pessoas. Por isso, decidiu-se por não fazer as dinâmicas planejadas, mas sim, ouvir as demandas individuais.

Avaliou-se com as equipes que as pessoas selecionadas para o grupo apresentavam diferentes demandas, que não se equalizaram no grupo. O ritmo de vida, os problemas financeiros e as constantes consultas médicas eram as justificativas dadas, quando faltavam ao grupo. Elas/Eles diziam que era importante ter espaço para falar e serem compreendidos(as), mas não conseguiam organizar-se para estar no grupo. Refletiu-se com a equipe que uma das explicações, para a dificuldade em formar grupos nessa comunidade, passaria pela forma como as pessoas em sofrimento psíquico emaranham-se com as questões cotidianas, e não encontram espaço para uma nova reorganização dos conflitos em suas vidas. O formato do grupo que demandava disciplina de horário, compromisso em ouvir o outro e se mostrar empático, não foi adequado à dinâmica de relações dessas pessoas.

Apenas mulheres participaram das discussões no grupo e trouxeram relatos de sofrimento psíquico vinculado às situações de violência doméstica e alcoolismo, por parte do cônjuge. Em outros relatos, apareceu a falta de perspectiva em melhorar a vida financeira, a impossibilidade de encontrar trabalho remunerado, por terem que cuidar dos filhos(as), bem como a preocupação com diferentes problemas trazidos por filhos(as), enteados(as) e netos(as) que vivem com elas. Os homens foram convidados, mas alguns alegaram não conseguir conciliar trabalho e reuniões, e, outros, definitivamente, nem tentaram ir.

Mesmo avaliando que a proposta do grupo de usuários(as) de BZD não foi realizada, considerou-se muito positiva a tentativa, visto que o grupo mobilizou muito a equipe para se comprometer com os casos. Como no grupo sempre havia a presença da enfermeira de uma das ESF, qualquer informação sobre consultas, encaminhamentos, agendamentos e contato com outros serviços já era dada no momento do grupo. Enfermeiras e ACS também deram o *feedback* de que o grupo ajudou-as a compreender várias situações de conflito vividas por elas mesmas. Algumas chegaram a relatar como estavam beneficiando-se das discussões, para tentar superar situações vividas em casa, assim como algumas, que também faziam uso de BZD estavam negociando a retirada do mesmo com seus(suas) médicos(as).

A partir das dinâmicas e com a possibilidade de dar significado ao uso do medicamento BZD, pautando as relações de gênero, percebeu-se que a equipe teve acesso a

um manancial de informações que não chegava até o consultório médico. As equipes perceberam que, ao trabalhar com fragmentos de informações, terminavam por apenas responder ao sintoma e não à pessoa. O grupo semanal também facilitou na seleção e agendamento dos casos que mais necessitavam de consulta médica, encaminhamento para psiquiatra, bem como a necessidade de pautar as situações mais urgentes para o estudo de caso. Porém, grande parte destas informações foram apenas manejadas, verbalmente, nas discussões de caso da equipe, e quase nada foi anotado em prontuário o que, definitivamente, compromete o acompanhamento do/da paciente.

Outra importante perda de informação ocorre pela falta de possibilidade de ACS evoluírem os prontuários dos/das pacientes. Com isso, grande parte da história de vida dos/das pacientes, e, principalmente, das estratégias utilizadas pelas ACS para apoiá-los(las) na retirada de BZD, só ficou arquivado nas gravações das reuniões da pesquisadora e, quiçá, na memória de alguns(mas) trabalhadores(as).

Foi particularmente interessante a proposta de estudo de caso, pois uma ligeira alteração no formato fez toda a diferença. A apresentação dos casos, normalmente, era feita por médico(a) e enfermeira, mas durante essa pesquisa foi possível inverter a lógica de poder e pedir que as ACS fizessem a apresentação dos casos. Foi riquíssimo ver médicos(as) confirmarem que não sabiam de um grande número de informações que as ACS relataram, chegando ao ponto de mudarem diagnóstico e prática clínica, a partir dessas discussões.

Um outro dado importante foi o relato de um dos médicos que, há mais de dez anos trabalhava na mesma ESF, e disse que nunca havia parado para pensar nos malefícios que estava causando ao continuar a prescrever BZD para os/as pacientes. Principalmente, quando discutiam-se os caos e se percebia que o sofrimento da pessoa não se reduzia, pelo contrário, prolongava-se com a dependência ao BZD. Acrescido do fato de que o uso do BZD retirava da pessoa a possibilidade de tentar encontrar outras ferramentas, para lidar com as situações de conflito que estavam vivenciando. Com isso, terminavam por calar sua dor numa medicação que as fazia acalmar-se e dormir, não apenas por dias, mas durante anos.

Um exemplo dado por uma das pacientes que foi ao grupo de apoio ilustra bem essa situação de sofrimento prolongado. Ela relatou estar em uso, desde 2006, quando perdeu uma irmã e entrou em depressão. Porém, ao relatar sua vida, contou que há mais de 25 anos sofria violência física e psicológica por parte do marido. Após refletir-se sobre esse sofrimento, ela fez a seguinte analogia: “A gente é igual uma panela de pressão que tá quase estourando, aí ao invés de tirar a panela do fogo, a gente vai lá e troca a válvula pra continuar a aguentar a pressão. Para mim, tomar esses remédios é igual trocar a válvula da panela.”

Para os casos em que os(as) médicos(as) necessitassem suporte, foram propostas dois encontros, para estudo de caso com um psiquiatra de CAPS que estava iniciando a proposta de apoio matricial e aceitou auxiliar a pesquisadora, nesse momento. Foram discutidos 16 casos com o psiquiatra. Destes casos, 14 foram selecionados para também serem consultados por ele, e depois continuarem em atendimento na ESF. Outros nove casos, que não foram atendidos pelo psiquiatra-matricial, foram encaminhados para especialistas pela própria ESF. Vale ressaltar que a participação do psiquiatra-matricial surgiu com o apoio da equipe gestora do Distrito Sanitário e do CAPS que autorizaram que o mesmo deslocasse-se uma vez ao mês para a unidade de saúde da ESF, apenas para fazer os estudos de caso vinculados à esta pesquisa.

Houve uma intervenção do Distrito Sanitário, na unidade pesquisada, para impedir que pacientes recebessem prescrição de BZD, no pronto atendimento que funciona na unidade de ESF, durante os fins de semana. Tal intervenção ocorreu a pedido dos/das médico(as) da unidade que estavam acompanhando a retirada de BZD. Mas nos finais de semana, várias prescrições eram feitas por plantonistas de forma indiscriminada. Destaca-se que existe uma portaria municipal que regulamenta a prescrição de BZD, nas unidades de urgência e emergência, para no máximo seis dias. Porém, o que estava acontecendo nos plantões de fim de semana era a prescrição para três meses. Foi feita a orientação, para que plantonistas não repetissem receitas de medicações de uso contínuo, visto que não utilizam o prontuário da ESF, e, sim, um prontuário só da urgência, e se perde o acompanhamento desses pacientes atendidos, no fim de semana.

As equipes relataram que o número de casos novos que surgiu na segunda fase da pesquisa, também ocorreu porque os/as pacientes não podiam mais buscar a prescrição da receita nos fins de semana. Sendo assim, esses(as) pacientes foram obrigados a buscar a ESF, que só então descobriu que esses(as) pacientes eram usuários de BZD. Percebe-se, através deste fato, como pequenas mudanças gerenciais puderam apoiar a ESF, para se responsabilizar pelas famílias atendidas em sua área e, realmente, intervir de forma mais eficaz.

Para as situações mais complexas, a equipe pedia que a psicóloga-pesquisadora fizesse a visita domiciliar com a ACS para colher a história de vida, dar orientações ao(à) paciente sobre a redução gradual do medicamento e higiene do sono, e problematizar as relações de gênero durante o estudo de caso. Sendo assim aconteceram 12 visitas domiciliares para este fim. Muitas ACS relataram a importância deste tipo de intervenção, pois tiveram a oportunidade de aprender a manejar não só as informações sobre higiene do sono, bem como

aprenderam a buscar pelas relações de gênero que estavam envolvendo a história de vida da pessoa visitada.

A análise final acerca dos grupos, tanto com trabalhadores(as) da ESF, quanto com usuários(as) de BZD é de um saldo extremamente positivo. Percebeu-se o empoderamento de ambos, profissionais e pacientes, para que pudessem relacionar-se em outro nível que não mais remetesse à relação hierárquica médico-paciente. Com isso, percebeu-se que a discussão das temáticas gênero e saúde mental utilizando a metodologia qualitativa de pesquisa-ação, foi extremamente feliz, ao conseguir transformar, minimamente, as relações de poder existentes na equipe. Seja quebrando a hegemonia do discurso médico e da saúde, seja horizontalizando o discurso de diferentes profissionais da equipe ou, ainda, pautando as hierarquizações baseadas em gênero, nas práticas de saúde.

Considera-se que todo o protocolo de retirada de BZD foi cumprido, visto que:

- Foram realizados os grupos de discussão, para sensibilização sobre saúde mental e gênero com as equipes da ESF;
- Foram elaboradas e entregues as cartas informativas sobre uso prolongado de BZD e agendadas as consultas médicas, para as pessoas que decidiram iniciar a retirada deste medicamento;
- Foram realizados os estudos de caso em equipe;
- Foi criado o grupo de apoio para uso racional da medicação ansiolítica e retirada de BZD, com apoio da psicóloga-pesquisadora;
- Foram realizados atendimentos individuais com a psicóloga-pesquisadora, para pacientes que não se beneficiaram das intervenções em grupo.

Faz-se a ressalva que, na execução desse protocolo, as equipes não conseguiram fazer as consultas médicas semanais. Algumas fizeram quinzenais, mas a maior parte dos casos foram seguidos, mensalmente. Considera-se importante avaliar que mesmo com menos consultas médica o/a paciente teve acesso à equipe via ACS e enfermeira, o que chama a atenção da possibilidade de uma retirada de BZD que não se baseia no manejo de sintomas, mas de apoio da equipe como um todo.

Esse resultado aponta para uma importante contribuição desse estudo, tanto para as políticas de saúde no Brasil, quanto em outros países, pois demonstra que o trabalho em equipe, com tecnologias simples, pode ser suficiente, na retirada de medicamentos ansiolíticos.

6.2.3 Estudos de caso

Nos dois encontros para discussão dos estudos de caso, com a presença do psiquiatra-matricizador, percebeu-se que houve um cuidado por parte do mesmo em não fechar diagnósticos sobre os casos relatados. Foi pedido que os/as médicos(as) da equipe buscassem mais informações, sobre a vida de relação do/da paciente, no período anterior ao início das queixas. Tal fato foi importante por dar mais espaço às ACS, para trazerem relatos da história de vida dos/das pacientes que não aparecia no discurso médico.

Um dado que foi observado, nos estudos de caso, foi a invisibilidade da sexualidade feminina. Quando a equipe relatava os sintomas de tristeza, nervosismo e falta de ânimo para trabalhar, o psiquiatra-matricizador sempre perguntava: “E a perda do interesse sexual?” Na maior parte dos casos, as equipes diziam “ela não se queixou disso.” Algumas vezes a pesquisadora questionava se eles/elas haviam perguntado diretamente sobre esse tema, e a resposta também era não. A assunção da invisibilidade da vida sexual feminina por parte da equipe parece reproduzir um discurso moral que descarta o prazer sexual da vida de relação das pessoas.

Com a presença do psiquiatra, percebeu-se a preocupação dos médicos(as) em relatar a sintomatologia e busca por medicação adequada. Por outro lado, o psiquiatra tentava apoiar os/as médicos(as) a terem uma relação empática e busca genuína de informações, para melhor orientar cada caso. Trabalhou-se até com a possibilidade dos/das médicos(as) aprenderem a detectar as relações de sofrimento sociais e, se prepararem, para não responder a tais situações com a prescrição dos medicamentos.

Houve uma fala em especial que muito auxiliou no debate, pois não se focou apenas no/na paciente que estava em processo de retirada de BZD, mas também na relação que a equipe estabelece com essa pessoa. O psiquiatra fez a seguinte ressalva:

“Para poder tirar BZD é um pouquinho complicado, porque ela vai vir para a consulta com queixas, e de certa forma vai fazer você se sentir responsável por aquilo. Aí você vai passar o BZD para aliviar o sintoma dela e o seu”.

Percebeu-se que, após duas reuniões para estudos de caso com psiquiatra, havia ainda seis pacientes em uso de BZD, que não haviam sido listado para a discussão. Em função disso, a pesquisadora questionou o porquê de não terem buscado ajuda para esses casos específicos, que eram três homens e três mulheres. As equipes disseram que eram pessoas difíceis. E deram diferentes justificativas, para não iniciar a retirada do BZD.

Por um lado, percebe-se o apoio, no discurso de especialidades, para não assumir a responsabilidade sobre a retirada de BZD. Entre o receio de alterar algo que o/a paciente já vem tomando há tantos anos, e a dificuldade em manejar pacientes que não aceitam a orientação médica, eles/elas justificam-se dizendo que alguns casos necessitariam serem vistos por especialistas. Abaixo alguns extratos de fala:

“Essa história de 20 anos de medicação, eu tenho muito medo de começar a mexer, então só acompanho clinicamente mesmo.”(médico da ESF)

“Ela manipula demais o tratamento, na verdade ela que controla. Eu não sou psiquiatra e não sei o que fazer neste tipo de caso. Eu quero é encaminhar ela para você (referindo-se ao psiquiatra).”(médico da ESF)

As falas dos pacientes que expressam a dependência já instalada, também foram vistas como fortes obstáculos à retirada de BZD. Nesse caso, parece que a equipe sente-se sem motivação para continuar tentando outras estratégias, quando o/a paciente é muito resistente às primeiras tentativas de intervenção. Tal fato também foi percebido, quando se iniciou a implantação do protocolo de retirada e a equipe só continuava o manejo daqueles/daquelas que aceitaram iniciar a retirada e logo desistiam, ou até mesmo esqueciam-se daqueles/daquelas que não responderam, positivamente, às intervenções mínimas, como a carta informativa.

“Ele fala que se não tomar essa medicação, ele não fica bem.” (ACS)

“Ela é difícil demais, reclama de tudo, é melhor deixar com esse remedinho.” (médico)

“Ele não dá abertura para falar da retirada da medicação. Ele entrega a vida dele nessa medicação”. (médico)

Foi interessante detectar como o manejo, na retirada do BZD, dependia muito da relação médico-paciente. Em alguns casos, a maneira mais fácil que ambos encontraram para iniciar a retirada, baseava-se em fazer a troca da medicação por “um remedinho melhor” (ACS). Sendo assim, alguns/algumas médicos(as) tentaram garantir o bem estar do paciente com a prescrição de Passiflora (medicamento fitoterápico da flor do maracujá) ou um medicamento antidepressivo. Nesta situação, percebe-se que se manteve a estratégia de prescrição de medicamento, mas algumas alterações ocorreram. Houve uma abertura para discussão de outros medicamentos que não apenas o ansiolítico. O/A médico(a) já passou a lidar com a medicação de forma temporária, explicando por quanto tempo iriam tentar o tratamento, já incentivando o/a paciente a buscar outras formas de equilíbrio, a longo prazo, que não apenas tomar remédio para se acalmar.

Uma das enfermeiras confirmou que era muito difícil tentar fazer a retirada de BZD, sem o apoio do/da médico(a), pois o restante da equipe motivava uma mudança do/da paciente, mas com qualquer problema, os/as pacientes vinham até o médico que não conseguia, ou não tinha interesse de manejar o/a paciente de forma diferente. Essa enfermeira completou que, seguir o protocolo de retirada do BZD, ficou bem mais fácil com a mudança de médico, que também passou a ter outra postura, mais assertiva, para explicar sobre a retirada do BZD e mais comprometido com o discurso da equipe.

As equipes perceberam que muitas mulheres que usavam o BZD, não vinham à unidade para as consultas de rotina da saúde da mulher, boicotavam os grupos para hipertensos e só apareciam para consultas de encaixe, quando tinham algo mais grave ou o remédio havia acabado. Dessa forma, passaram a tentar acompanhá-las mais de perto em outros momentos (visitas domiciliares da ACS), para auxiliá-las na retirada do BZD.

A repetição da receita de BZD, sem a presença do/da paciente, deixou de acontecer, e o mais importante, a cada consulta com médico e enfermeira, bem como nas visitas domiciliares com ACS, todos(as) passaram a discutir a necessidade de diminuir as doses até a retirada total do BZD. Avalia-se que, mesmo que a equipe não tenha conseguido seguir todos os passos do protocolo de retirada de BZD, que eles/elas mesmos(as) haviam construído, ocorreu uma importante mudança nas práticas de cuidado em saúde mental, com mais comprometimento por parte da equipe em ouvir antes de prescrever ou repetir a prescrição do BZD. A fala de uma das enfermeiras durante o estudo de caso ilustra bem esta mudança:

“Porque a gente tá batendo na tecla de retirar este medicamento? Porque em algum momento de sofrimento foi dada esta medicação, mas que já deveria ter sido retirada. Então nós precisamos ver se ela precisa de outra intervenção, de uma avaliação psiquiátrica ou até mesmo não precisam de nada!” (Enfermeira)

Também contribui para esta mudança a compreensão sobre as questões de gênero que impactam de maneira diversa homens e mulheres. Sendo assim, a equipe passou a não ignorar os pedidos de ajuda de mulheres como se fossem “piti”, e passou a manejar as estratégias de empoderamento, principalmente com mulheres. Passou a estimular o trabalho e a renda, o retorno aos estudos, motivação para não aceitar o sofrimento, buscar órgãos de proteção como Conselho Tutelar e Delegacias Especializadas.

Nas discussões de caso apresentadas pelas ACS, percebeu-se que ao relatar casos em que a paciente era muito nervosa e vinha até a unidade de saúde pedir o BZD, para a equipe da ESF, na verdade, a paciente estava apenas reproduzindo papéis que aprendeu com a mãe. A seguinte fala de uma ACS ilustra esta percepção:

“Ela é igualzinha a mãe, tá conversando com você e balançando a perna, e é assim desde criança, então acho que mãe e filha são assim.” (ACS Roberta)

Em outros momentos, a equipe tentou justificar o sofrimento feminino via solidão da vivência em casa.

“Eu penso que uma mulher que fica sozinha o dia todo fica deprimida. Se ela não tem depressão vai desenvolver.” (médico)

Estas falas terminam por naturalizar as expressões de sofrimento de mulheres, ora colando características genéticas ou mesmo aprendidas, ou mesmo, supondo que poderia ser resultado de um ambiente solitário. Não se fala das relações de poder estabelecidas na sociedade, que subjuguem identidades e, portanto, geram sofrimento.

Já o manejo dos homens foi um pouco diferente. As ACS relataram dificuldades em propor mudança de atitude entre os pacientes homens. Elas perceberam que ao falarem do remédio, os homens utilizavam de justificativas, tanto da dependência ao BZD como, da história passada. Os pacientes contavam que eram muito agressivos, antes do tratamento e temiam piorar, caso parassem. Tal fato toca num ponto crucial, o remédio como controlador de uma agressividade que não pertenceria ao homem.

Nos relatos dos homens, é como se existisse, dentro deles uma agressividade incontrolável que só o remédio foi capaz de neutralizar. E, como já há uma dificuldade por parte das ACS, em falar com os homens, sobre suas relações sociais e familiares, o discurso da agressividade incontrolável termina por convencê-las a se calarem sobre a retirada do BZD. É incrível perceber como apenas a menção de uma história passada de agressividade, já é suficiente para imobilizar toda a equipe de saúde. Uma médica chegou a relatar que deixou de insistir na retirada do BZD, no dia em que o paciente lhe disse: “Da última vez que fiquei sem o remédio eu quase matei a minha mulher.”

Com a garantia das consultas médicas mensais, cada vez que os/as pacientes retornavam para buscar a prescrição de BZD, houve a possibilidade de fazer novos diagnósticos e, em alguns casos, diagnósticos clínicos de hipotireoidismo, climatério e problemas na coluna. Constatou-se que tais doenças estavam provocando nervosismo, irritação e insônia. O tratamento da doença de base e cura da mesma foi fundamental para a melhora do quadro psíquico dos/das pacientes, para aumentar a confiança dos/das pacientes, na ESF, e facilitou a retirada do BZD.

As discussões ocorridas nos estudos de caso propiciaram um importante espaço, para ampliar o discurso de todos os trabalhadores da equipe, a não enfocarem apenas nos sintomas das doenças, mas também, no paradigma biológico. Um exemplo recorrente foi a fala: “mas o

problema dela é mais social mesmo”. Essa frase foi aparecendo cada vez mais, quando se debatiam os casos o que demonstra o importante espaço que foi conquistado, ao se pautar as relações de gênero em saúde mental. Esse fato foi tão evidente que uma das médicas trouxe um exemplo sobre como uma paciente chegou ao consultório um dia:

“Doutora, eu vim aqui para a senhora me dar um atestado dizendo que eu não posso receber notícia de repente”.

Esta fala retrata, perfeitamente o quanto as pessoas trazem todas as relações sociais para serem medicalizadas pela ESF. Também alerta para o risco da ESF passar a atuar como gestor das relações comunitárias, caso aceite mediar essas situações pela via da saúde.

Sobre a medicalização do sofrimento psíquico, é importante destacar os movimentos de resistência que surgiram entre os/as pacientes. Em muitas discussões de caso aparecia a resistência, tanto para não começar a usar a medicação prescrita, como alterar a dose prescrita ou mesmo não diminuir as doses, conforme cronograma feito pela equipe.

Como a pesquisadora acompanhava as pacientes no grupo de apoio e em visitas domiciliares, ocorreu exatamente em dois casos a resistência em não iniciar o uso do antidepressivo prescrito como substituto ao BZD. Em um dos casos, a paciente relatou que tentou tomar o primeiro comprimido, porém, no outro dia ficou muito fraca, com muito sono e não conseguiu fazer nada. A segunda dose ela tentou amassar e colocar só um pouco na língua, para ver se tomava uma dose menor, mas aí a língua adormeceu, ela pensou que o remédio iria matá-la e parou tudo. Quando se fez a visita domiciliar, em maio/2011, foram encontrados 58 comprimidos de amitriptilina (antidepressivo) que havia sido prescrito em fevereiro/2011. E, ninguém da equipe sabia que ela não estava tomando. Este caso ajudou a equipe a debater que, quando a pessoa chega com vários sintomas/queixas, utilizar apenas o medicamento como estratégia de cuidado, pode não responder à demanda da mesma.

A situação acima mostrada demonstra como os/as pacientes tentam construir novos enfrentamentos com as situações de sofrimento psíquico e, mesmo quando a ESF assume a prática de cuidado via prescrição de medicamentos, os/as pacientes respondem de forma contrária, tentando outras vias para solucionar seu sofrimento. Tal fato foi muito importante para tentar mobilizar as equipes para ousarem outras práticas de cuidado como as intervenções psicossociais, que eles/elas mesmos(as) elaboraram, durante a capacitação de saúde mental.

Um exemplo desta situação foi um dos casos estudados, que depois foi encaminhado para atendimento com o psiquiatra-matricial, que optou por iniciar o antidepressivo. Duas semanas após essa consulta, foi feita uma visita domiciliar com a ACS. A paciente estava em

casa, feliz, dormindo bem e contando que havia passado o dia anterior fazendo trabalho voluntário na igreja. Ela relatou que a consulta com o psiquiatra havia sido maravilhosa, e que ele soube ouvi-la. Ela disse já ter saído do consultório, dele sentindo-se melhor. Quando foi pedido para ver sua medicação, ela contou que não havia encontrado o antidepressivo nas farmácias do SUS, estava tomando a passiflora, o que já vinha fazendo há mais tempo. Foi pedido para ela não iniciar o antidepressivo até que a equipe falasse, novamente, com o psiquiatra. Após nova discussão, o psiquiatra acatou a sugestão de não iniciar o antidepressivo e pedir que a equipe continuasse acompanhando a paciente, para que fosse certificado que ela estava mantendo a melhora.

Na elaboração das estratégias de apoio à retirada de ansiolíticos, foi interessante perceber como a equipe começou a mapear as situações que facilitavam ou impediam o tratamento. Por exemplo, nos estudos de caso discutia-se a escolaridade da pessoa, de onde vinha a renda e quais os suportes a pessoa teria na comunidade, nos grupos religiosos e dentro de casa. Percebeu-se que a equipe já havia incorporado a ideia de focar as áreas em que poderiam buscar apoio, como outras instituições, para que pudessem trabalhar em conjunto.

Com esse mapeamento, foi possível perceber que dentre as mulheres que aceitaram fazer a retirada do BZD, algumas já apresentavam uma situação financeira regular, já não tinham mais tantos conflitos com o marido, seja porque os mesmos envelheceram, e já não estavam tão agressivos como antes, ou porque aprenderam a relacionar-se, num patamar sem violência. Porém, dentre aquelas em que havia uma ou mais situações estressoras contínuas, foi mais difícil negociar a retirada do BZD.

O acompanhamento individual de alguns casos pela pesquisadora, também ajudou a equipe a melhor compreender os fracassos, na retirada do BZD. Uma paciente, que não conseguia fazer a retirada do BZD, disse que a psiquiatra já havia explicado que iria dar um remédio (BZD), que ela precisaria diminuir aos poucos até terminar a cartela. Porém, ela tentou e não conseguiu. Perguntou-se se ela diminuiu aos poucos e ela disse que sim. Quando se perguntou como ela fez, a resposta me surpreendeu:

“Eu fui tomando até acabar e quando acabou eu parei. Eu parei e fiquei uns dois ou três dias ruim, tive crise e tive que voltar a tomar.”

Este exemplo ajudou a equipe a compreender como era difícil passar informações sobre a retirada gradual para algumas pessoas, e como fazia-se essencial pedir para a pessoa explicar, com as palavras dela, quais estratégias já haviam sido tentadas, e, mais importante, como fracassaram. Para evitar esta má interpretação da orientação sobre retirada de BZD, algumas equipes preferiram fazer esquemas de retirada por escrito com os/as pacientes, onde

só orientavam para não parar o uso do remédio e que as doses só seriam abaixadas, quando tivessem consulta médica. Nesses casos, avalia-se que houve um aumento do poder da equipe que cobrava apenas a obediência do/da paciente, nos casos em que se considerava que havia dificuldade de compreensão dos/das mesmos(as).

As equipes também tiveram que desenvolver estratégias de monitoramento individualizado, para alguns casos de pacientes que não sabiam ler e escrever, nem mesmo reconhecer números. As ACS passaram a fazer visitas a cada duas semanas e acompanhar a forma como os/as pacientes contavam os dias, ou usavam o calendário para descobrir juntos(as) uma forma de dar poder ao/à paciente de controlar seu próprio processo de retirada de BZD. Foi impressionante descobrir a forma como alguns/algumas pacientes construíam estratégias para descobrir o dia da semana e o dia do mês.

Nas famílias onde havia consumo de drogas, violência doméstica e conflitos familiares houve mais resistência à retirada do BZD, bem como resistência à participação no grupo de apoio. Também ocorreram casos em que a violência psicológica foi o fator que mais atrapalhou a retirada do BZD. Algumas mulheres diziam que os maridos não permitiam que elas trabalhassem fora de casa e não gostavam que elas saíssem para o grupo de apoio que foi proposto, pois elas tinham que cuidar da própria casa e deixar tudo pronto para a hora dos maridos retornarem do serviço. Nesses casos, a equipe percebia a presença da violência psicológica, mas as usuárias não a percebiam.

Estes apontamentos revelam como as questões de gênero transpassaram todos os momentos dessa pesquisa, e, principalmente, das relações entre equipe e usuários(as) de BZD. Desde a elaboração da queixa, a chegada à unidade de saúde, até as estratégias de intervenção usadas pelas equipes, tudo pôde ser pautado nas discussões, tendo gênero como pano de fundo.

Houve discussões sobre o tempo de retirada, pois havia uma preocupação da pesquisadora em tentar não acelerar o processo da retirada do BZD, visto que as pessoas o haviam usado por mais de 10 anos. Foi possível também verbalizar que a ideia inicial era que, nos casos que não apresentassem outra queixa, que não a insônia, tentasse-se a retirada paulatina, sem substituição por outro medicamento. Essa ideia traz em seu cerne a perspectiva de que o remédio passa a ser a muleta do paciente e, ao começar a retirá-la, eles/elas necessitam tempo para construir outras estratégias, para lidar com seus problemas e acessar seus recursos internos. Por outro lado, a substituição por outro medicamento seria apenas, numa metáfora, trocar o tipo de muleta. Porém, coube aos médicos/médicas o poder de decidir como fazer a retirada.

Foi particularmente importante discutir que, enquanto a equipe pensa estar ajudando a mulher a sobreviver, quando prescreve BZD, na verdade está auxiliando-a se cronificar na situação de violência. O BZD apareceu em alguns casos como o suporte, para que as pacientes se mantivessem na situação de violência doméstica, pois as pacientes relataram que não conseguiam resolver a vida delas, nem resolver os problemas e não conseguiram aprender a desenvolver estratégias novas, para não serem vítimas de violência.

6.2.4 Avaliação final das equipes

No final do mês de julho/2011, foi realizada uma reunião de avaliação da pesquisa com cada equipe, de aproximadamente duas horas, no horário em que elas realizam a reunião semanal, na unidade de saúde.

A respeito da não adesão dos/das participantes, ao grupo de apoio que foi proposto, as equipes construíram uma interessante justificativa. Primeiro relataram que vivenciam tal experiência em todos os grupos e atividades que propõem, para essa comunidade. Portanto, não participar já é algo esperado pela ESF, o contrário é que seria a exceção. Um segundo ponto é que a equipe avalia que é uma comunidade com tantas dificuldades financeiras e sociais, que sofre muito preconceito por parte do resto da cidade, e até mesmo de serviços governamentais, como a polícia, e, portanto, a própria comunidade assume para si o papel de derrotada, vitimizada e sem ação. Dessa forma, a equipe acredita estar lutando contra o imaginário derrotista que a comunidade tem aceitado ser imputado nela mesma, e que, às vezes, parece que a comunidade desiste de lutar contra este imaginário, desiste de assumir um papel mais assertivo.

Da mesma forma veem que para homens e mulheres assumirem uma outra postura diante do sofrimento, não aceitando apenas um medicamento que irá acalmá-los e participando de grupos ou falando sobre esse sofrimento, implica numa mudança de atitude. Tal mudança depende de vários confrontos: contra o imaginário estereotipado da comunidade, contra a posição de vitimização que foi facilitada pelo setor saúde que também os/as enxergou como vítima, contra a identidade adormecida que foi legitimada pelo tratamento de saúde. Esse último ponto define, claramente, como a categoria gênero embasa a relação com o medicamento, pois a identidade adormecida para o homem será daquele agressor e, da mulher, daquela que ficou nervosa demais.

A princípio havia sido pensado que o número de anos utilizando o BZD foi o fator que talvez tenha influenciado, no processo de retirada. O uso prolongado de BZD implicaria em

maior dificuldade em abandonar a medicação. Com pouco tempo de uso, apenas intervenções mínimas e redução gradual da dose já seriam suficientes. Porém, parece existir implicações mais complexas como as vulnerabilidades sociais e familiares que exigem um olhar mais aprofundado e intervenções mais individualizadas, para compreender os vínculos construídos entre a pessoa, o remédio e o significado do mesmo em sua vida de relação.

Para alguns(mas) trabalhadores(ras) da ESF, as mulheres parecem ter apresentado mais facilidade de ouvir e compreender a proposta de retirada do BZD que os homens. No entanto, a equipe não soube avaliar se este fato ocorreu porque a mulher já teria um melhor vínculo com a equipe e por saber expressar melhor o que sente ou, se na verdade, a mulher seria mais obediente. Se a obediência à equipe foi um dos fatores que influenciou, na retirada de BZD, então, manteve-se a mesma relação de subordinação da mulher que ocorre na sociedade.

Quando os pacientes são homens, as equipes avaliaram que talvez eles tenham feito o máximo para não irem ao médico, mas, depois que foram e receberam o BZD, já se deram por satisfeitos e não quiseram mudar mais, para não ter que voltar a falar de si novamente. A equipe avalia que os homens são mais calados, falam menos sobre sintomas e sobre comportamentos, mas, quando se tenta estimulá-los a mudar alguma atitude, eles são mais questionadores e não obedecem ao que foi determinado.

A equipe avaliou como frustrante o cuidado que tentaram ter com o caso de uma das pacientes que estava sofrendo, porque a filha de 13 anos estava namorando um homem de 34 anos. A ACS que acompanhava a paciente, já vinha alertando a equipe, desde quando esse homem havia se mudado para o mesmo lote da menina de 13 anos, e havia rumores de que ele seria pedófilo. Mas a equipe discutiu o caso e decidiu que não poderia fazer nada com rumores, bem como interferir em algo que não havia ocorrido. A paciente não conseguiu ajudar a filha, pois, em menos de um mês, o padrasto impôs que ela não poderia namorar, se quisesse continuar o relacionamento, teria que se casar. O discurso do padrasto foi: “Não aceito homem nenhum ficar amassando filha minha, ou casa ou vai embora”.

Em uma semana, a filha já havia se mudado para a casa do homem. A paciente foi ao grupo perguntar o que fazer para legalizar a relação, pois sabia que isso era crime. A equipe chamou a adolescente para fazer orientações sobre planejamento familiar, e fez a notificação de violência contra a mesma. Em duas semanas, a paciente mudou-se do bairro, deixando a filha adolescente com o companheiro. A equipe não teve nenhum retorno do Conselho Tutelar, sobre o fato, até o último estudo de caso com essa pesquisadora, em junho/2011.

Esta experiência retrata como o sofrimento vai se emaranhando, nas relações de gênero. A paciente queria proteger a filha adolescente, impedi-la de ir morar com um homem anos mais velho, mas não pôde contrariar o companheiro, visto que era ele que sustentava toda a família. As escolhas e desejos da paciente entraram em choque, com as escolhas de dois homens, a de seu companheiro e a do homem que seduziu sua filha. Novamente, a paciente não encontrou apoio para suas escolhas e fugiu do bairro, por vergonha do que se passou e pelo fato dela não poder modificar a situação. Para a equipe, foi angustiante acompanhar essa história, sem conseguir subsídios para proteger a paciente e sua filha.

Um dado interessante sobre esse caso foi quando a pesquisadora perguntou se a equipe conhecia os dois homens envolvidos nessa trama. O marido da paciente nunca foi visto pela equipe, porque tinha dois empregos e nunca estava em casa. O vizinho que seduziu a adolescente já havia se consultado na unidade de saúde e a médica disse ter sido desagradável, porque ele tentou assediá-la. Da mesma forma, a ACS também foi assediada por ele e ambas disseram que não o iriam atender mais, caso continuasse a agir daquela forma.

“Eu não dei essa liberdade para ele, que era para ele me respeitar e da próxima vez, se ele fizesse isso, eu iria dar alta para ele. Se eu desse alta para ele, ele não ia ser atendido e ia precisar ir atrás de outro médico. E ele nem pediu desculpa nem nada.” (médica)

“Ele te come com os olhos. Eu não gosto de visitar ele. Ele me cantou duas vezes e eu cortei ele, agora quando faço a visita domiciliar ele não fala nada, mas os olhos dele, o jeito dele, parece que é pior do que se ele falasse alguma coisa. Ele deixa a gente desconfortável.” (ACS)

A forma como esse caso desenrolou-se revela bem como a equipe não conseguiu se aproximar das duas pessoas que mais ameaçavam a adolescente e, portanto, não conseguiu protegê-la. Não conseguiram questionar o poder de decisão do padrasto sobre o corpo e a vida da adolescente, bem como não conseguiram colocar limites, no assédio do segundo envolvido. Nesse caso parece que a equipe ficou refém das relações de gênero que perpassaram toda a situação.

A dificuldade em acessar os homens, nas famílias atendidas, foi avaliada por todas as equipes como algo realmente complexo. Uma das médicas disse que, quando a mulher reclama de muito conflito com o marido, ela já tentou pedir para ele vir até as consultas, mas poucos aparecem. Uma das ACS exemplificou que até quando faz a visita domiciliar, ela chama pelo portão, vê que o homem está na sala, mas ele não se levanta. Ele aguarda até que a esposa vá atender a ACS. Esses exemplos mostram como as relações de poder entre homem e mulher terminam por apresentar-se, também, na relação desses homens com a equipe da

ESF. A equipe acaba sendo silenciada por eles que utilizam a mesma estratégia de silenciamento em casa e com a ESF. Uma fala que se repetia sobre este tema era:

“Eles não dão espaço! Como eu vou chegar neles?” (ACS)

Com relação à proposta de retirada do BZD, os/as médicos(as) avaliaram como extremamente positiva, a proposta de insistir numa intervenção, pois perceberam que a manutenção da dependência ao BZD, vinha dos dois lados da relação: médico e paciente. Ressaltaram que a falta de força de vontade em discutir a retirada do BZD era presente tanto na equipe, quanto no paciente. Foi importante ver que a retirada de BZD, realmente acontece, quando há o comprometimento da equipe.

Entre as ACS ocorreram situações muito importantes para auxiliar na manutenção dos/das pacientes, sem a medicação ansiolítica. As ACS relataram que, às vezes, durante as visitas domiciliares, os/as pacientes queixavam-se de que não estavam bem e que estavam pensando em voltar ao/à médico(a), para pedir para tomar o BZD, novamente. Porém, elas aprenderam a ressignificar com eles/elas os acontecimentos e, os(as) ajudar a perceber que tinham outros recursos (internos ou sociais), para lidar com o sofrimento.

Uma última fala de uma das enfermeiras foi importante, por mostrar como a pesquisa pautou o tema sobre a retirada de BZD, que não era nem ao menos visto como problema pela equipe. Por outro lado, surge uma preocupação, a de pensar que essa ação pode cair no esquecimento, caso não haja compromisso das políticas públicas de saúde em manter o trabalho desenvolvido pelas equipes e pela pesquisadora e, ainda, construir novas estratégias, para lidar com o sofrimento psíquico, nas comunidades atendidas pela ESF.

“Nós nunca enxergamos isso como um problema e não é pauta da reunião. Não é uma preocupação que nós temos porque o pensamento é ah...ele tá medicado. A gente sabe que nosso trabalho não é preventivo, ele é curativo. E a medicação é o que? É curativa, então dá o remédio, se não tá dormindo então medica. É uma formação nossa, aí nunca surgiu o interesse nisso...E isso só surgiu quando você começou.” (Enfermeira)

CAPÍTULO VII- REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A PESQUISA-AÇÃO

Esse capítulo tem por objetivo trazer algumas reflexões a respeito da ação desenvolvida com as equipes da ESF, propõe-se, também, a descrever algumas inserções da pesquisadora no campo. Em suma, discutem-se os principais resultados construídos ao longo da pesquisa-ação.

Esse estudo trouxe algumas contribuições para o debate, acerca das interfaces saúde mental, estratégia saúde da família e gênero. O recorte dessa análise propôs um ponto inovador: partir de um levantamento quantitativo que salientou o consumo por tempo prolongado dos benzodiazepínicos e desenvolver estratégias de retirada de BZD, a partir da análise das relações de gênero que transversalizam as práticas de saúde. Destaca-se que o medicamento benzodiazepínico foi um dos primeiros psicotrópicos descobertos e, atualmente, é responsável pela metade das prescrições de psicotrópicos, no Brasil (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2008). Logo, esse estudo pautou um dos primeiros e mais prescritos medicamentos, utilizados na medicalização das relações sociais.

Foram foco desse estudo as problematizações sobre gênero, dentro das práticas de cuidado em saúde, fazendo um recorte através da prescrição continuada de BZD. Porém, salienta-se que na mobilização das equipes, para repensarem a forma como medicalizavam, continuamente, um número significativo de pacientes, houve a possibilidade de promover a retirada do BZD, como resultado da ação.

Esse percurso metodológico propiciou duas aproximações intrigantes. A primeira aproximação ocorreu, paulatinamente, entre pesquisadora e campo, descortinando diferentes relações entre as equipes, bem como entre equipes e comunidades. O segundo encontro foi entre as equipes e a temática gênero, pois com o apoio da pesquisa-ação, a temática gênero passou a ser pautada, na análise das práticas de cuidado utilizadas pelas equipes da estratégia saúde da família.

O que se chama de primeira aproximação engloba o que a princípio configurava-se como recurso para a pesquisa, ou ferramenta de trabalho, chamado aqui de ação. O encontro com várias equipes, localizadas em comunidades distintas, cobrou desta pesquisadora uma busca pelas diferenças, dentro do que seria, *a priori*, tido como igual. Tais diferenças descortinaram-se em três níveis: teórico, territorial e relacional, que serão debatidos a seguir.

No nível teórico, havia uma leitura de gênero que embasava todas as ações pensadas, para alavancar as discussões sobre as práticas de medicalização de homens e mulheres. Porém, essa mesma leitura já antecipava que tais práticas também eram transversalizadas por

outros fatores, como por exemplo, as relações de poder na equipe, na gestão do SUS, nos processos de formação profissional, e outros. Fica claro que o pano de fundo dessa pesquisa, a análise de gênero, já buscava as diferenças que iriam singularizar as práticas de medicalização criadas e mantidas por cada equipe de ESF, em um território específico.

Conceber gênero como categoria analítica, e propor discuti-la em um meio que tem o paradigma biomédico como dominante, foi o primeiro desafio teórico enfrentado, e, de certa forma, utilizou-se as mesmas armas utilizadas pelo paradigma hegemônico. Sendo assim, não se iniciou a entrada no campo com discussões teóricas ou reflexivas, a partir do núcleo mais complexo dos estudos de gênero. Pelo contrário, uma decisão tática fez com que se retrocedesse para utilizar gênero como categoria empírica, ou apenas descritiva das diferenças percebidas entre os sexos (feminino e masculino), para depois introduzir seu uso como categoria analítica das desigualdades de poder nas relações de gênero.

Considera-se que esse primeiro passo, em que se deixou de lado, provisoriamente, e num sentido figurado, a categoria gênero e se apropriou apenas das diferenças entre os sexos, evitou-se o choque e resistências que surgem, quando se propõe discussões de gênero em equipes de saúde.

Já, a busca por territórios que não se assemelhassem iniciou-se, na escolha por cidades de diferentes portes, diferentes matrizes econômicas e localizadas em diferentes estados, no caso, Goiás e São Paulo. Imaginou-se que tais critérios seriam o bastante, para tentar compreender como as diferentes redes SUS iriam impactar os modos de medicalização da comunidade. Outra busca era de caráter pessoal, ou seja, enfrentar o desafio de realizar uma pesquisa-ação, onde a pesquisadora não tivesse vínculos de trabalho, pois a mesma faz parte da equipe SUS, Goiânia, e já havia matriciado algumas equipes da ESF.

Certamente que há diferenças entre chegar pela primeira vez e retornar após dois anos de afastamento. Reconhecer rostos, ser reconhecida, apresentar-se, encontrar outras falas, outras equipes, outras ruas, casas e famílias. Aprender os mapas do tráfico, os locais mais perigosos, as redes de contato que apóiam o trabalho da ESF e redes que a ignoram ou ameaçam, foi um exercício, extremamente, rico. Um fato muito interessante foi o impacto do meu sotaque goiano, conversando com trabalhadores e comunidades paulistas, ou mesmo com outros imigrantes vivendo em Goiás e São Paulo. A identificação pelo sotaque propiciava um encontro de culturas, gerações e histórias de vida. E ainda, destacava diferenças e similitudes que abriam espaço para se construir vínculos, histórias, anedotas, tanto com as equipes, quanto com os/as usuários(as) que visitei e acompanhei.

Caminhando com os/as agentes de saúde, nas ruas de bairros periféricos de Goiânia e Assis, materializou-se não apenas a cidade onde eu me encontrava, mas as relações que a constituíam. A entrada na casa dos/das usuários(as), os olhares de estranhamento das famílias e vizinhos, o encontro com pessoas que participavam de atividades ilícitas, jogar conversa fora com vizinhos que abordavam os/as ACS, para saber quem eu era, a identificação de redes de suporte para empréstimo ou doação do BZD em diferentes ruas do bairro, participar de almoços, lanches e reuniões com as equipes da ESF, tudo isso contribui para que eu não só conhecesse o território, mas, principalmente, para que eu pudesse passar a fazer parte do mesmo. Minhas histórias, as inúmeras vezes em que me perdi no bairro, as casas em que fui bem ou mal recebida passaram a fazer parte das histórias das equipes de ESF. Senti que se iniciou um novo vínculo com o campo. Eu não era mais a pesquisadora externa, já fazia parte do cotidiano da equipe, já estava territorializada.

Construir uma mesma história, que não fosse mais a mesma. Talvez esse tenha sido o grande desafio e principal propulsor dessa pesquisa-ação. Construir a possibilidade de levantar questões que não tivessem a mesma resposta, ou mesmo, levantar diferentes questões. E, tudo isso regado a alegria e humor, estratégias fundamentais para se falar de saúde mental e gênero. Tal fato foi ressaltado por várias equipes, quando eu chegava para as reuniões ou visitas domiciliares. Diziam que talvez só a minha empolgação já motivasse a equipe em tentar mexer com algo tão difícil, quanto retirar BZD de pessoas que só viam, no remédio, a chave para a solução de seus problemas. A partir dessas considerações, entramos no terceiro ponto que foram as diferenças construídas, dentro da relação pesquisadora-equipe de saúde, aqui nomeada como as diferenças relacionais construídas, na aproximação com o campo.

Falar da desmedicalização ou, como pontuou professor Abílio em suas contribuições para este trabalho, falar de desbendiazepinizar implicou uma reconfiguração do que se compreendia pelo fenômeno da medicalização. Considerou-se como fundo teórico a categoria gênero e as práticas de saúde que se apoiam nas relações de gênero, para tratar o sofrimento de homens e mulheres. Tal perspectiva agrega a compreensão de que essas mesmas relações de gênero são vivenciadas pela equipe, e portanto, teríamos que falar de algo que tocasse a existência de trabalhadores e trabalhadoras, num nível de compreensão que não passasse apenas pelo entendimento conceitual, sobre relações de gênero. Para essa outra forma de compreensão, nomeamos nesse estudo como sensibilização, por entendermos que seria o termo que mais aproxima-se da proposta de vivenciar um conceito, e não só apreendê-lo, teoricamente. Nas diversas oportunidades que tínhamos em campo, anotávamos e

trabalhávamos com fatos cotidianos, para ressaltar as questões de gênero envolvidas. Como por exemplo, numa caminhada entre a unidade de saúde e a casa de um/uma dos/das usuários(as) íamos falando de relações, problemas familiares, tanto pessoais (dos/das trabalhadores/as) como de usuários(as) do serviço e, neste momento, eu tentava compreender e refletir com ACS, sobre como gênero estaria transversalizando todas essas situações. Às vezes criavam-se piadas, às vezes levantavam-se mais hipóteses, às vezes discordávamos, completamente, mas, principalmente, discutíamos gênero e o retirávamos da invisibilidade construída com a naturalização das relações sociais. Enfim, nessas discussões, não só nos apropriávamos de nossa história, mas também, nos apropriávamos das dimensões de gênero que sustentavam a construção dessa história. Nesse sentido, a diferenciação de cada um na sua própria biografia trazia não só o que havia de singular, mas também aquilo que nos identificava. Nesse ponto, havia um fortalecimento da relação pesquisadora-equipe.

Ser mulher e trabalhar com a maioria da equipe, também composta por mulheres, facilitou essa relação. Por outro lado, o número menor de trabalhadores do sexo masculino, também impactou o trabalho, visto as dificuldades levantadas pela equipe, para propor estratégias de intervenção psicossocial para os homens usuários de BZD.

Ao descortinar as relações entre equipes e comunidades foi possível confirmar o pressuposto de que mulheres são mais medicadas com BZD, que homens. O diferencial desse estudo foi a opção por não focar, nos aspectos da psiquiatria biológica, que afirmam maiores índices de transtornos depressivos entre mulheres, e, portanto, justificam a continuação da prescrição de psicotrópicos para mulheres. Por outro lado, trabalhamos a responsabilização das equipes, na legitimação de práticas de cuidado que medicalizam mais as mulheres que os homens. Com isso, propiciou-se o que foi nomeado como segunda aproximação, ou seja, apresentar questões de gênero para se pensar as práticas de saúde.

Ao problematizar a medicina curativa que enfatiza que medicar seria sinônimo de cuidado, foi possível observar que tanto homens quanto mulheres, ao iniciarem o uso de BZD, terminam por construir histórias de sofrimento amparadas, na dependência ao BZD. O que se chama de sofrimento psíquico, nesse estudo, refere-se às queixas de insônia, ansiedade, tristeza, nervosismo, irritabilidade, dores de cabeça e, pelo corpo. Mas, que, quando ouvidas de forma mais atenta, dão-nos um pano de fundo do cotidiano, onde homens e mulheres não suportam condições de vida que lhes alienam de si mesmos. Percebe-se que o BZD entraria como um amortecedor dessas relações sociais, aumentando a possibilidade de tolerá-las um pouco mais e, nesse processo, prolongando conflitos e sofrimento.

Este estudo detectou que mulheres têm 2,07 mais risco de estarem sendo medicadas com BZD que os homens. Mas, ao observar a idade e o tempo de uso, foi uma surpresa perceber que a amostra pesquisada não era de idosos, e os homens estavam usando o BZD por aproximadamente 11 anos, enquanto que as mulheres, por 9 anos. Esse dado surpreende por detectar que as pessoas estão sendo medicadas com BZD, cada vez mais jovens e já, chegando à terceira idade com a dependência instalada. Ressalta-se que o objeto de estudo aqui focalizou no uso de BZD, e por isto a surpresa com relação à idade dos usuários, se comparados a outros estudos com esta mesma droga, que indicavam maior prevalência entre idosos (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000; SOCIEDADE BRASILEIRA DE SONO, 2002; CRUZ et al, 2006; ALVARENGA et al, 2008).

Os/As médicos(as) especialistas, principalmente psiquiatras e neurologistas, foram os profissionais que mais realizaram a primeira prescrição do BZD, ou seja, iniciaram o tratamento com essa medicação. O que se pode observar é que com o desenvolvimento da dependência ao BZD e dificuldade de acesso aos especialistas, esses(as) pacientes passaram a ser medicados pelas ESF que são as maiores responsáveis, atualmente, pela continuação do tratamento com BZD, juntamente, com psiquiatras e neurologistas. Tal dado confronta com o estudo de Alvarenga et al (2008), onde apenas 3% dos idosos tinham sido atendidos por psiquiatras, para a prescrição do BZD. Com os resultados encontrados nesse estudo, alerta-se para a atitude de especialistas que estão iniciando o tratamento com o BZD, mas não estão responsabilizando-se pela retirada desse medicamento. O mesmo ocorre com plantonistas de serviços de urgência e emergência que tanto iniciam, quanto repetem a prescrição de BZD. No decorrer desse estudo, houve uma intervenção numa das urgências, para se impedir a repetição de receitas de BZD.

Médicos e Médicas da ESF, além de estarem entre os principais prescritores de BZD, também são os/as principais repetidores de receita. Tal conduta revela vários aspectos problemáticos, da rede SUS. O primeiro diz respeito às relações hierarquizadas entre especialidades e atenção básica, onde a última está mais próxima da realidade do/da paciente, mas tem menos poder de intervenção, no tratamento prescrito por um especialista. Um segundo nó é a questão da comunicação entre esses serviços, ela simplesmente não existe. Quando existe, vem na forma de uma cópia da receita, ou mesmo uma caixa velha de remédio, que o/a paciente já faz uso, e pede que a ESF repita a mesma prescrição.

O fluxo que os/as pacientes percorrem entre especialistas da rede de saúde pública e as unidades da ESF, para a prescrição de BZD, apresentou-se com diferentes nuances. A facilidade de acesso a neurologistas, em duas ESF, fez toda a diferença ao apontar tais

profissionais como os maiores prescritores. Assim como o oposto também aconteceu, quanto mais difícil o acesso a especialistas, no momento atual, maior a presença de médicos da ESF como prescritores de BZD. Tal situação aponta para a necessidade de se fazer diagnósticos situacionais da rede e avaliar o impacto da implantação de serviços e especialidades no atendimento à população.

A forma como o tratamento com BZD tem sido iniciada, também, chama atenção pela falta de informação prestada aos pacientes. Se os/as pacientes pegam o medicamento, no SUS, eles/elas não recebem a bula informativa, junto ao medicamento. Tal fato já impede os/as pacientes de terem acesso a informações detalhadas, sobre o medicamento. Da mesma forma, 61,4% dos/das respondentes disseram não terem sido informados(a), sobre o tempo total do tratamento com BZD, bem como, 75,8% não foi informado(a), sobre os riscos que envolvem o uso desta medicação. Mais importante ainda, dos 37,1% que receberam a informação sobre o tempo de tratamento, afirmaram que o tempo é indeterminado.

Tais dados apontam para a fragilidade das políticas públicas, no controle da prescrição indiscriminada de ansiolíticos e legitimam o uso prolongado de medicamentos que causam dependência. E destaca os riscos assumidos pelos gestores, quando implantam novos serviços como as ESF, mas que terminam por ter pouco poder contratual na rede, para modificar condutas iatrogênicas. Da mesma forma, pode-se pensar o risco da implantação maciça de CAPS, como serviços substitutivos ao manicômio, e que, ao cumprir apenas o papel de substituição, ainda carregam em sua filosofia a lógica medicalizante. Assim, para além da construção de novos serviços, devem-se problematizar as ações construídas pelos mesmos, com o objetivo de, realmente, compreender e aplicar o conceito de atenção psicossocial.

A cidade de Assis foi pesquisada apenas na primeira parte desse estudo. Dois fatores foram essenciais para esta decisão: a determinação das duas equipes da ESF, em só iniciar o protocolo de retirada de BZD, se os especialistas também o fizessem; a opção da gestão em não iniciar um confronto com o Ambulatório de Especialidades, por questões políticas. Com esse cenário, não houve possibilidade de iniciar a intervenção para retirada de BZD nas duas ESF dessa cidade, finalizando a pesquisa com a entrevista devolutiva dos dados quantitativos.

Na cidade de Goiânia, a partir da devolução dos dados epidemiológicos, já se iniciou a mobilização das equipes, para a construção de protocolos de retirada de BZD de forma ininterrupta, e foi muito rico utilizar, na pesquisa-ação, a problematização dos dados quantitativos levantados em cada equipe. Tal metodologia propiciou dois ganhos nesse estudo. O primeiro diz respeito à mobilização por parte da equipe, pois se sentiram motivados(as) a interferir numa situação que perceberam como prejudicial à população por

eles/elas atendida e, principalmente, muitos(as) pacientes estavam sob responsabilidade direta da equipe, na manutenção do uso do BZD. O segundo ganho refere-se à opção de ter iniciado a devolução dos dados quantitativos, utilizando a linguagem hegemonicamente aceita em saúde coletiva: a estatística. Com essa estratégia, houve abertura, principalmente de médicos(as) e enfermeiros(as), para aceitar desenvolver protocolos de retirada de BZD. Concomitantemente, aceitaram também participar das reuniões, para problematizar as questões de gênero e discussões sobre estudos de caso. Encontrar tal abertura entre as equipes foi essencial, para o desenvolvimento de toda a pesquisa, pois caso não houvesse interesse e envolvimento das ESF, esse projeto teria que ser encerrado na entrevista devolutiva dos dados quantitativos.

Na cidade de Goiânia, também, houve um apoio direto do Distrito Sanitário responsável pela região, onde se situavam as equipes da ESF participantes da pesquisa. Ressalta-se que, desde o primeiro momento da entrada em campo, a pesquisadora sempre pautou reuniões no Distrito Sanitário, para comunicar o andamento da pesquisa e mobilizar os gestores para participarem da intervenção nas ESF. Sendo assim, era repassada ao Distrito toda a agenda de reuniões da pesquisa, mensalmente, o que propiciou a presenças de técnicos e gestores nas mesmas. Percebe-se como fundamental tal apoio, pois a pesquisa se desenvolveu com o aval da gestão, que ao mesmo tempo dizia querer aprender como fazer, porque gostariam de desenvolver o mesmo trabalho, nas demais equipes da saúde da família dessa região.

Na busca por compreender as principais práticas de cuidado usadas por profissionais da ESF ao lidar com o sofrimento psíquico, percebe-se algumas situações contraditórias. Ao falar do sofrimento psíquico são invisibilizados(as) usuários(as) de álcool e drogas, como se não chegasse tais demandas, na ESF. Mas, ao mesmo tempo, a unidade reconhecia que em muitos momentos prescrevia BZD para mulheres que tinham muitos problemas em casa com familiares usando álcool e/ou drogas ilícitas. Ou mesmo, a equipe invisibilizava a própria mulher usuária de álcool e drogas ilícitas. As discussões de gênero puderam problematizar esse mecanismo, criado pelas equipes, para se pensar que o uso do álcool e outras drogas, realmente, impactavam o serviço através de uma série de repercussões, como por exemplo: violência, agravos à saúde geral, prolongamento do uso do BZD. Tal descoberta fez com que ACS pudessem ter mais liberdade, para relatar o que viam nas residências e, principalmente, encontrar ouvidos mais receptivos aos seus relatos, dentro da própria equipe. Nesse sentido, percebe-se que o empoderamento dos/das ACS, vinculado a uma modificação da visão biológica, assumindo o cuidado psicossocial, possibilitou que a equipe pudesse fazer análises

mais aprofundadas das demandas que estavam atendendo, e, conseqüentemente, utilizassem um maior leque de ações psicossociais, que não se reduziam ao apoio medicamentoso.

Quando pontuada a homogeneidade das práticas de cuidado para com idosos(as), pôde-se problematizar como as práticas de cuidado das equipes estavam embasadas em estereótipos de gênero, mantendo mulheres calmas para ficarem em casa e homens calmos para não agredirem suas esposas em casa. Também, percebeu-se que de forma dialética a equipe medicaliza as relações com idosos e depois queixa-se da presença constante dos mesmos na unidade de serviço, buscando por aquilo que foram orientados a receber: o medicamento.

O mesmo questionamento foi feito a respeito da relação das equipes com as mulheres, pois há uma série de programas de saúde, e estereótipos de gênero que atribuem, preponderantemente, às mulheres o papel de cuidado. Contraditoriamente, quando elas assumem o cuidado de si e da família são criticadas por “cuidarem demais dos outros” e irem à unidade de saúde todos os dias.

O papel de cuidado, juntamente à sobrecarga que o mesmo traz para as mulheres, e ficar em casa sem acesso ao lazer, foram os pontos debatidos pelas equipes como exemplo das relações entre gênero e sofrimento psíquico. Foi possível problematizar como a prescrição de BZD, nestes casos, prolonga o sofrimento, ao invés de ajudá-las, isto é, legítima apenas a continuidade de uma relação de iniquidade e sofrimento. Por outro lado, as equipes disseram que a mulher não chega à unidade dizendo que não tem lazer, na verdade, elas queixam de muitas dores, nervosismo, insônia e, que estão sempre chorosas. Dessa forma, percebe-se que as equipes tentam compreender as relações de gênero que alimentam o sofrimento psíquico, mas, ao ouvir as mulheres em consulta, só atentam para os sintomas e invisibilizam todo o resto. Um ponto interessante a ser ressaltado, diz respeito a algumas verbalizações de um dos médicos da ESF. Já, com mais de 10 anos de experiência nessa unidade, esse médico disse nunca ter parado para pensar que, continuar a prescrever o BZD, seria algo que impactaria de forma negativa a vida de uma mulher. Nunca havia parado para pensar que, ao prolongar a dependência, a impediria de tentar encontrar novos recursos para lidar com seu sofrimento.

É paradigmática a seguinte afirmação desse médico: “nunca pensei nisso como problema”, ao se referir ao uso continuado do BZD. Esta frase contém toda a perspectiva medicalizante presente no cotidiano, vivida de forma intensa por profissionais de área médica, que são os principais prescritores da maior parte dos medicamentos utilizados pela população. Por isso, escolhemos essa fala para compor o título desse estudo, por representar, com clareza, as práticas de cuidado que foram aqui problematizadas.

Podemos pensar que a pesquisa-ação pode ter contribuído, minimamente, para gerar uma reflexão sobre as práticas de cuidado em equipes de saúde, que podem ser mais amplas e não se restringirem ao preenchimento de uma receita de medicamentos.

Nos homens, os espaços públicos estavam no cerne do sofrimento psíquico. Para as equipes, desemprego e uso de bebida alcoólica estavam relacionadas ao sofrimento psíquico masculino. Mas, ao mesmo tempo, percebeu-se que há todo um funcionamento dos serviços, que não facilita o acesso ao homem, bem como, uma dificuldade da equipe em se preparar para manejar homens, como se o próprio espaço do serviço de saúde, já tivesse se transformado em um espaço, eminentemente, feminino. A agressividade foi uma das justificativas mais presentes para legitimar a continuidade do tratamento com BZD. Para as equipes, seria arriscado alterar a medicação que está controlando a agressividade de pacientes homens. Foi percebido que a equipe assumiu o discurso da naturalização da agressividade, enquanto característica intrínseca, e, portanto, mais facilmente manejada pela couraça química do BZD.

Para a sensibilização das equipes, a princípio haviam sido planejadas as discussões sobre saúde mental e gênero, apenas com a pesquisadora. As equipes apresentaram o pedido por uma supervisão com um psiquiatra, para tentar a retirada do BZD. O aporte técnico trazido pelo psiquiatra, já veio com a perspectiva do matriciamento em saúde mental, pois esse psiquiatra estava iniciando o trabalho, como psiquiatra-matriciador, em outras unidades da ESF de Goiânia. Tal fato auxiliou na ampliação das discussões de caso, para que não se focalizassem apenas nos sintomas apresentados, desconectados da vida de relação. Por outro lado, foi interessante pautar gênero, nas discussões com o psiquiatra-matriciador e perceber que houve flexibilidade por parte do mesmo, e foi possível construir mais estratégias de intervenção com as equipes que não se restringiram ao cuidado via medicamento.

Na construção do protocolo de retirada de BZD, duas importantes considerações precisam ser feitas. A primeira diz respeito à participação de toda a equipe, na construção das cartas informativas sobre a retirada de BZD, mas, principalmente, como as equipes elegeram as contribuições das ACS como as mais relevantes, na elaboração de uma linguagem acessível à população atendida. Tal situação já demonstrou uma mudança de perspectiva, nas relações de poder da equipe onde, geralmente, o discurso médico é o que tem mais peso na elaboração das informações. Acredita-se que o formato da ESF já favoreça esta maior autonomia para que ACS tenham mais poder decisório, quanto às ações de saúde na comunidade. Essa vivência em equipes da ESF, também pode ter influenciado a forma como profissionais da medicina aceitaram participar, e, principalmente, modificar as práticas de cuidado. O trabalho

no SUS, e mais especificamente na ESF, possibilita a ampliação do conceito de saúde, mobiliza o trabalho em equipe e favorece a construção de estratégias criativas, para a intervenção na comunidade. Acredita-se que esse cenário onde a pesquisa foi realizada, já demonstrava condições mais favoráveis a essa intervenção para retirada de BZD, que ambientes mais especializados, como por exemplo, em ambulatórios de especialidades e hospitais.

A segunda consideração relaciona-se ao processo de adaptação das intervenções mínimas para retirada de BZD, feitas em países europeus, que serviram de base para a estratégia utilizada, nessa pesquisa-ação. De todo o processo, o mais rico foi a forma como esta adaptação realizou-se. Ao invés de apenas copiar uma ideia e aplicá-la, no contexto da ESF, as discussões em equipe levantaram todas as características da população, para poder desenvolver tanto a carta informativa, como a maneira de torná-la acessível a essa população. Saiu-se de um contexto em que cartas eram enviadas aos/às pacientes por médicos(as), via correio, para uma realidade nacional, com baixo nível de escolaridade e bons vínculos afetivos entre a ESF e a comunidade. Com isso, o planejamento da entrega da carta passou também pela análise do vínculo que o/a paciente tinha com a equipe. Portanto, a entrega da carta ocorria hora pelo/a médico(a), hora pela enfermeira e, na maior parte das vezes, foram as ACS, durante a visita domiciliar, que leram e explicaram a carta para os/as pacientes.

Considera-se que tal processo foi o que mais impactou a eficácia da carta informativa, pois não se passou apenas informação, estabeleceu-se um contato genuíno com a pessoa e sua dor, e com uma equipe que estava tentando encontrar outras formas de cuidado. Do início da pesquisa, quando já se prestou informações aos/às pacientes sobre os riscos do uso prolongado do BZD, até a última reunião de avaliação com as equipes, 45% dos/das pacientes já haviam feito a retirada total de BZD. Esse dado é importantíssimo por mostrar que uma tecnologia tão simples foi o bastante para reduzir, quase pela metade, o número de pessoas em uso prolongado de BZD. Acrescente-se a isto que a carta era também um disparador de ações que a equipe propunha-se a fazer em prol do/da paciente, no momento em que eles/elas optassem por iniciar a retirada do BZD, como por exemplo: consultas quinzenais com médico(a) da ESF; consultas sempre que precisassem, com enfermeiros(as); consultas com psiquiatra-matriciador, quando necessário; visitas domiciliares semanais de ACS; visitas domiciliares da psicóloga; atendimento em grupo de apoio com psicóloga, enfermeiros e ACS.

Percebe-se que para um número significativo de pacientes não havia a dependência química, propriamente dita, pois não apresentavam o aumento da dose, nomeado como

tolerância, bem como, não tinham dificuldade em controlar o consumo (só utilizavam a dose prescrita há vários anos), não davam prioridade ao uso da droga em detrimento de outras atividades (só a utilizavam no horário prescrito). Porém, tal quadro já era esperado, pois de acordo com a Associação Médica Brasileira (2008), os pacientes que fazem uso de BZD, não preenchem os critérios para síndrome de dependência. E essa mesma Associação Médica alerta que, mesmo utilizando-se doses terapêuticas, por tempo prolongado, o médico já deve iniciar a retirada do BZD, pois já se instalou uma dependência ao BZD.

Avalia-se que a ação de retirada do BZD, focando em pacientes e equipes, simultaneamente, foi capaz de atuar na relação entre ambos, e tratar a dependência no nível relacional, e, não, individual. O que é chamado de medicalização do social ou medicalização da vida, nesse estudo foi enfocado enquanto medicalização da relação equipe da ESF e pacientes. Priorizando a relação e as práticas de cuidado entre profissionais da ESF e usuários(as) de BZD, a partir do recorte de gênero, possibilitou-se repensar essa relação de forma contextualizada, sem buscar culpados ou vítimas. Tal contextualização promoveu várias modificações nessa relação, não tomando o sintoma como foco principal da ação em saúde, mas sim, o cenário das relações, principalmente de gênero, que fomentaram o aparecimento e manutenção do sintoma. Tomando-se aqui, como sintoma, a dependência do BZD, tanto da equipe que confiava apenas nessa estratégia de cuidado, como de pacientes que acreditavam nesse medicamento, como única forma de tratamento para suas queixas.

Esse estudo não buscou investigar a base psíquica para a prescrição do BZD, pois tal objetivo fugiria do foco desse trabalho. Porém, ressalta-se a importância de novos estudos que tentem compreender os processos psíquicos que envolvem o uso continuado de BZD. Ou mesmo a base psíquica daqueles(as) pacientes que recebem a prescrição do BZD, mas conseguem fazer a retirada do mesmo, facilmente.

Com relação à redução gradual da medicação, a grande maioria (75%) dos/das pacientes que realizaram a retirada total, recebiam a prescrição de BZD, apenas da ESF. Tal fato mostra como foi essencial o envolvimento da equipe na retirada, e demonstra que o que prolonga o uso de BZD é a decisão médica de mantê-lo, mais que a dependência do/da paciente. Porém, esse estudo não conseguiu avaliar o impacto da retirada de BZD, à longo prazo, visto que não se propôs a um acompanhamento longitudinal desses pacientes. Dessa forma, apenas podemos pontuar que é possível tentar a retirada de benzodiazepínicos, em equipes da atenção básica, utilizando intervenções nas equipes, mas seria importante pensar novas pesquisas que avaliem o impacto dessas ações, em estudos longitudinais. De forma

mais específica, sendo profissional da psicologia, seria importante avaliar os processos psicológicos que acompanham a retirada do BZD.

Outra perspectiva de investigação longitudinal seria avaliar os aspectos relacionais entre as equipes da ESF e pacientes, pois o medicamento foi retirado da relação, a partir de uma construção de práticas de cuidado que tentavam compreender as relações de gênero, produtoras de sofrimento e dependência de BZD. Com isso, é interessante pensar que na falta do medicamento, e após um período sem a presença da pesquisadora para pautar as discussões de gênero, esta relação continua a se modificar, buscando novos pontos de equilíbrio. Assim, é interessante pensar em novos estudos que tentem apreender as reconfigurações feitas, após a finalização dessa intervenção.

Na adaptação do protocolo de retirada de BZD, para as ESF, o que se distinguiu dos protocolos internacionais, foi o gerenciamento da redução gradual da dose, feito entre equipe e paciente, negociando doses e avaliando outras estratégias de apoio às dificuldades trazidas. Desde o início, ressaltou-se que não havia pressa na retirada do BZD, e cada paciente seguiria seu próprio ritmo, o que de certa forma, flexibiliza os protocolos de retirada, geralmente utilizados. Esse fato é muito relevante, pois apenas através da mobilização das equipes e uso de cartas informativas, que são intervenções de baixo custo, pôde-se fazer a retirada de BZD, sem acrescentar medicações de última geração. Tais medicações de alto custo são mais caras que as usuais e estão sendo utilizadas em pesquisas internacionais para a retirada de BZD, através da substituição por drogas mais novas.

Um fato também novo nesta pesquisa-ação foi porque fizemos a proposta de retirada de BZD a um maior número de mulheres que de homens. Tal proposta foi feita, exatamente, porque esse grupo é o que mais usa BZD, conforme foi detectado tanto nesse estudo como nas pesquisas de Ribeiro et al (2007), Huf, Lopes e Rozenfeld (2000) e Cruz et al (2006). Porém, o grupo de mulheres é o que é menos utilizado nos protocolos de retirada internacionais que privilegiam homens jovens em seus estudos (OUDE VOSHAAR et al, 2006).

Esse estudo consegue demonstrar que é possível realizar a desmedicalização a um baixo custo e sem tecnologias complexas, sendo que, nessa pesquisa, trabalhou-se especificamente com o BZD. Porém, tal constatação não pode categorizar a intervenção realizada como simples. A tecnologia que envolveu a retirada do BZD refere-se a uma concepção de que retirar remédio não significa apenas parar de usá-lo. O processo de retirada de BZD envolve uma tecnologia das relações para melhor compreender a complexidade de tal fenômeno. Ao retirar algo que estava lá, por alguma razão, deve-se descortinar os motivos, os desejos, as limitações e os enfrentamentos necessários, nas relações sociais. Dessa forma,

considera-se que foi, exatamente, a assunção de que o remédio mantém-se na vida da pessoa em função de um emaranhado de relações geradoras de sofrimento, que proporcionou às equipes e as pessoas envolvidas, um novo encontro, para falar do que realmente importava.

Pode-se dizer que o que foi simples, foi assumir que não se retira nada, apenas constrói-se possibilidades. Assim, o que não se faz mais necessário pode ser deixado para trás. Dessa forma, a concepção medicalizante que enfatiza os problemas na retirada de BZD, como por exemplo, a síndrome de abstinência, os sintomas rebotes, ou mesmo a busca por um novo diagnóstico, para se utilizar outro tipo de medicamento, não foi a postura privilegiada nesse estudo. Não foram construídas escalas para medir o sofrimento ou a qualidade de vida, bem como não se monitorou sintomas. Apenas voltávamos às casas quase todas as semanas para perguntar como estavam sentindo-se, como estava sua família, como se sentiam de posse do poder de decidir o que tomar, quando tomar, para que tomar? Em suma, pôde-se dar voz às demandas, tantas vezes silenciadas pelo remédio. E, principalmente, voltar e voltar, quantas vezes fosse necessário. Porque na ausência do remédio, o medo de ser deixado só, novamente, para resolver aquilo que não tinham conseguido antes, era o que mais aparecia. Medo de não dormir, medo de se irritar, medo de desmoronar sem o remédio, medo de abandoná-lo rápido demais. A escuta do medo, a certeza de que médicos(as) e enfermeiros(as) agendariam consultas, assim que precisassem (sem ter que ir para a fila de madrugada para fazer o agendamento) e a confirmação através da presença constante das ACSs foi fundamental, para que os/as pacientes sentissem-se apoiados(as) e, principalmente, encorajados(as) a ousar arriscar ficar sem remédio para dormir. Mas nunca se cobrou que eles/elas corressem tais riscos sozinhos(as), estaríamos lá, sempre que precisassem. Nessa perspectiva, não se considera que a retirada do BZD seria feita apenas pelo sujeito em questão, a compreensão de que o sofrimento origina-se nas relações, também deu possibilidades, para que, no encontro entre equipe da ESF e pacientes, fossem construindo as possibilidades para intervir no sofrimento.

O compromisso da constância foi uma estratégia importante para a eficácia da pesquisa-ação. A certeza de retornar à casa dos/das pacientes das ESF, retornar às reuniões de equipes, para discutir tanto os casos dos/das pacientes envolvidos(as) na pesquisa, como daqueles(as) que não estavam, mas demandavam cuidados em saúde mental, construiu dois pilares. Um dos pilares buscou empoderar pacientes a ousar tentar outras estratégias, para lidar com o sofrimento, que não significasse mais as repetições de papéis de gênero que restringiam suas vivências. O segundo pilar focou nas estratégias a serem construídas pelas equipes, para tentar evitar passar pelas mesmas práticas de cuidado, alienantes e

medicalizadoras que vinham sendo realizadas. Nesse sentido, o trabalho com a equipe focava tanto na reflexão das práticas via a problematização das questões de gênero, quanto no incentivo a conceber a queixa para além do sintoma apresentado pelos(as) pacientes, ou seja, compreender o sintoma como um pedido para ouvir algo mais do sofrimento do/da paciente.

A complexidade da ação foi colocada no meio e não no fim em si mesmo. Como por exemplo, na abertura de espaços para se negociar poderes. Poder entre homens e mulheres, poder entre os diferentes saberes, poder entre as diferentes profissões, poder entre os familiares, e, por fim, o poder de caminhar entre o remédio e a dor. O fim último até seria a retirada, ou não, do BZD. Mas entre o início e o fim da história/pesquisa-ação, foi exatamente o universo de relação dos vetores de poder baseados em gênero, que foram, cotidianamente, pautados, para se problematizar as práticas de saúde.

Um grande problema encontrado, nesse estudo, foi a falta de preenchimento dos prontuários, nas ESF. Desde o primeiro momento da coleta de dados, quando estávamos buscando os/as pacientes em uso de BZD, até os estudos de caso, quando buscávamos as estratégias de intervenção que a equipe estava utilizando, pouquíssimo estava nos prontuários. Não foram anotadas as estratégias de intervenção psicossociais, como por exemplo, a motivação para participação em cursos, cuidados pessoais, trabalho, atividades físicas e busca de apoio em grupos religiosos. Com isso, teme-se que esta intervenção perca-se, quando a maior parte da equipe não se lembrar mais de tais modalidades de cuidado.

Avalia-se que existem tantos pontos positivos, quanto negativos, no protocolo de retirada de BZD, por passos. A ideia era iniciar por intervenções mínimas e mais acessíveis até chegar a intervenções mais complexas, como o atendimento psicoterápico individual, para os casos que não responderam bem às primeiras intervenções. Foi positivo ver que quase a metade das pessoas respondeu bem à carta informativa e atendimentos mensais com médico(a), para a retirada do BZD. Porém, ao esperar de dois a cinco meses pelo retorno dos/das pacientes, para saber se aceitariam ou não esta intervenção, a equipe acabou desmotivando-se, e quase esquecendo-se dos mesmos.

Os atendimentos individuais com a psicóloga ocorreram nos últimos dois meses da intervenção e foram mais encontros para apoio à retirada do BZD, utilizando-se informações sobre higiene do sono e hábitos saudáveis, que psicoterapia. Tal fato ocorreu porque a maior parte dos/das pacientes ainda demandava mais informações, sobre o medicamento e a dependência, que uma demanda por psicoterapia.

Esse procedimento traz importantes considerações, pois em várias equipes os/as trabalhadores(as) discutiram se, todos os casos que iniciassem a retirada de BZD, deveriam ter

o apoio psicoterápico, desde o início. Mas, ao final, optou-se por um protocolo em que o apoio psicológico ocorreria no momento em que as ações da ESF não fossem suficientes para a intervenção com o/a paciente. Tal fato mostrou-se eficaz nesse estudo, e é um dado importante, se pensarmos na lógica da atenção básica, que tem em sua missão o cuidado da maior parte das demandas, só requisitando o apoio de especialistas, quando necessitarem de uma tecnologia de intervenção mais complexa.

Na reunião de avaliação final com as equipes, alguns relatos foram muito importantes para esta pesquisadora. Vários depoimentos de profissionais sobre como as discussões de gênero haviam feito com que eles/elas refletissem de forma diferente alguns acontecimentos, em suas próprias vidas. Também, foi válido perceber que nenhum(a) médico(a) havia iniciado a prescrição de BZD para pacientes, no decorrer da pesquisa. Foi possível perceber como ACS estavam mais empoderadas, para fazer as intervenções psicossociais com os/as pacientes. Em outros momentos, vários profissionais vieram até a pesquisadora, individualmente, para relatar o quanto haviam aprendido, bem como, estavam mais preocupados com as próprias questões de saúde mental, pois eles/elas também eram usuários de BZD.

Dessa forma, considera-se que a temática gênero, que foi trabalhada em todo o percurso dessa pesquisa, foi algo novo para a maioria dos/das profissionais da ESF, o que demonstra como esta categoria não tem sido transversalizada nas capacitações realizadas, continuamente, pelas secretarias de saúde do Estado e Municípios, com o apoio do Ministério da Saúde. Talvez, apenas quando se toca nas temáticas sobre os direitos sexuais reprodutivos, violência e DST/AIDS, alguns recortes de gênero são destacados, mas acaba por ficar mais restrito a essas temáticas. Com essa invisibilização, perde-se todo o cotidiano das práticas de atenção em saúde, que são totalmente permeáveis às relações de gênero, e, portanto, necessitam serem convocadas à reflexão e transformação, cotidianamente.

O caráter inovador desse estudo está na análise das práticas de cuidado, através da categoria gênero, utilizando o recorte da atenção em saúde mental, via prescrição de BZD. Avalia-se como extremamente importante a possibilidade de realizarem-se novos estudos, que possam utilizar a metodologia de pesquisa-ação, aqui empregada, para que analise-se o impacto da mesma em outros cenários. Seria importante, também, pensar-se em pesquisas de seguimento com equipes já capacitadas, sobre gênero e saúde mental, para verificar o impacto à longo prazo das metodologias de capacitação participativas. Por outro lado, faz-se mister destacar a importância do comprometimento das políticas públicas em saúde, em propor e dar seguimento em ações que amparem a ESF, como a proposta de matriciamento das equipes.

Mas, seria importante que mesmo as equipes matriciais fossem capacitadas na temática gênero, para que suas ações, também, não reproduzam modelos identitários mantenedores das desigualdades entre homens e mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início desta pesquisa não ocorreu com a elaboração do projeto de doutorado. Seu ponto de partida remonta às primeiras experiências de trabalho, num CAPS para transtornos mentais de Goiânia. O que era um sentimento de desconforto, diante da incapacidade do CAPS, em responder aos inúmeros pedidos de ajuda das equipes da ESF, transformou-se em experiências de trabalho em conjunto, através do matriciamento.

Tal vivência foi fundamental para que eu pudesse compreender a dinâmica de relações da ESF, e tentar adaptar o instrumental que utilizávamos no CAPS, para um contexto muito mais complexo: a comunidade e sua relação com o processo saúde-doença.

Ao mesmo tempo em que se tentava construir possibilidades de trabalho com a ESF, outro mote já era desencadeado dentro do CAPS. As relações de gênero que perpassavam o adoecimento psíquico, e, principalmente, as práticas de cuidado que desenvolvíamos, às vezes apenas atualizando as desigualdades entre homens e mulheres. A problematização de nosso próprio fazer cotidiano proporcionou a oportunidade de questionar oficinas que disciplinavam corpos, projetos terapêuticos que se fundamentavam na reprodução de papéis sociais, práticas de cuidados estereotipadas que apenas legitimavam a tutela, e não a autonomia.

No movimento de questionar nosso próprio fazer, surgiu a oportunidade de matriciar a ESF, e, é claro que esses questionamentos foram levados para essa nova experiência. Essa inquietação, surgida da experiência de trabalho, desencadeou o projeto de pesquisa-ação que tentou problematizar uma das mais antigas, mas também, uma questão atual em saúde mental: o uso prolongado do BZD.

Tocar em um terreno que hegemonicamente resiste às provocações vindas de outras áreas da saúde foi um dos primeiros desafios enfrentados. Fazer um recorte da ação foi o segundo. Desde o princípio, questionavam-me se eu não deveria definir melhor meu objeto de estudo, pois hora eu apontava para a equipe da ESF e hora eu apontava para os/as usuários(as) de BZD. Não seria muito difícil alcançar tanto? Não seria importante definir melhor a quem se direcionava a ação? O tempo seria suficiente? E a cada tentativa de recorte que eu fazia, mais objetivos eu criava.

O que a princípio parecia apenas uma questão de recorte, ou mesmo de discussão do método, modificou-se, no momento em que iniciei a pesquisa-ação. Posso até culpar minha experiência prévia como matriciadora, ou mesmo as discussões em equipe que fazíamos no CAPS, para justificar a dificuldade em definir meu objeto de intervenção. Mas, o certo é que, no fundo, havia um profundo desejo de pesquisar a relação estabelecida entre equipe da ESF e

usuários(as) de BZD, para melhor compreender esse fenômeno. E, para focalizar na relação, não poderia direcionar o estudo apenas para um dos lados.

O risco assumido diante desse recorte, que não reduziu, pelo contrário, ampliou o objeto de estudo, mostrou-se válido. Ao propor mobilizar a equipe para pensar as relações de gênero que perpassavam as práticas de cuidado, principalmente, através da prescrição de BZD, houve a possibilidade de começar a ação em um dos pólos. E, assim, caso esses/essas profissionais fossem mobilizados(as), eles/elas poderiam construir o caminho em direção ao outro pólo da relação, os/as usuários(as) de BZD.

Do momento em que as equipes iniciaram as discussões sobre saúde mental, uso de BZD e gênero, até o momento em que a primeira carta informativa foi entregue, um complexo processo de visibilização e invisibilização foi enfrentado. Pontuar relações de gênero na equipe, na família, na comunidade, no nível pessoal foi o diferencial desse estudo. Potencializar as descobertas de ACS, promover a reflexão sobre relações de gênero construídas na equipe e horizontalizar os saberes, constituiu um campo fértil, para se vivenciar novas possibilidades, e por consequência, repensar práticas de cuidado.

A díade visibilizar-invisibilizar foi problematizada em toda a ação. Salientar o risco dobrado de mulheres em receber o BZD, por tempo prolongado, demandou vários encontros. Mais numerosas ainda foram as reuniões, para discutir porque isso se dava, como se dava, e principalmente, como intervir sem repetir os padrões de cuidado anteriormente adotados. Ou seja, como visibilizar as desigualdades de gênero, sem tentar invisibilizá-las, novamente, como resultado da intervenção. Foi paradigmática a afirmação do médico: “nunca pensei nisso como problema”, demonstrando o quão invisível estava essa questão.

Essa mesma díade esteve presente no protocolo desenvolvido com as equipes, para a retirada do BZD. A ênfase na relação, no momento da entrega da carta informativa, o acompanhamento semanal de pacientes que aceitaram participar da retirada do BZD, as discussões de caso, as visitas domiciliares e grupos de apoio, tudo isso referendou que cuidado não é apenas medicar. E, a partir de tal perspectiva, houve a possibilidade de salientar discursos que até então estavam invisibilizados: o discurso do/da próprio paciente, da família, dos/das ACS e enfermeiro(as). Até mesmo o discurso médico, quando toma outros rumos, quando questiona a si mesmo, assumindo que não é capaz de lidar sozinho com algumas demandas, foi importante para reconfigurar as práticas de saber-poder, nas equipes.

O recorte do objeto de estudo e a dimensão relacional desencadearam novos encontros entre equipe e usuários. Proporcionaram uma re colocação dessa relação sob outros pilares, ancorados numa visão do sofrimento contextualizado e subjetivado, a partir da relação. Dessa

forma, não se reduziu o sofrimento psíquico, bem como a possibilidade de intervir sobre o mesmo, a partir de perspectivas individualizantes ou socializantes.

Do momento inicial, quando o foco na relação equipe-usuário(a) de BZD era ainda um desejo que precisava ser lapidado, recortado, até o momento atual, muito foi construído. A relação estudada, mobilizada, transformada, tornou-se a matéria fundamental desse estudo. Deixou de ser um recurso para a intervenção e passou a ser a ação em si mesma. Ao cuidar da relação, problematizar os vieses que a mesma carregava, houve espaço para que ela se reconfigurasse. Profissionais e usuários de BZD encontraram novos vínculos, desejos, medos e anseios, para serem trabalhados, e não apenas “benzodiazepinizados”.

A retirada total do BZD, em quase a metade de pessoas que participaram dessa pesquisa, foi algo surpreendente. E, talvez tenha sido exatamente a não presunção de que iríamos retirar algo de alguém, que tenha desencadeado as ações que ocorreram nesse estudo. Não partimos do pressuposto verticalizado do saber, indicando o que seria melhor para equipes e pacientes. Pelo contrário, assumimos que ambos iriam responsabilizar-se pelo cuidado e estratégias cotidianas a serem utilizadas, porém, essa responsabilização não ocorreria em terreno neutro, embasamo-la nas problematizações de gênero. Dessa forma, fomentamos o vínculo e a elaboração de novas modalidades de intervenções muito simples, como por exemplo, a escuta e a busca de apoio da rede social, para que o remédio para dormir e/ou acalmar deixasse de ser o ator principal e passasse a ter um papel de coadjuvante entre equipes da ESF e comunidade.

Transformar BZD em coadjuvante não foi o objetivo desse estudo, pelo contrário, quando foi feito o levantamento de usuários e usuárias de BZD, o que se observou foi a alta prevalência desse medicamento, dentro das comunidades assistidas pelas equipes da ESF pesquisadas. Nas primeiras reuniões com as equipes da ESF, para debater os dados encontrados, foi fundamental dar visibilidade ao BZD. Porém, o inverso ocorreu nas reuniões seguintes com a sensibilização em gênero. Passaram a ser mais salientadas as histórias de vida de cada usuário(a) de BZD, sua relação com ACS e com o restante da equipe, a forma de vínculo que tinham na família e na comunidade, e, nesse percurso, o BZD deixou de ser o mais importante, ao se falar daquele(a) paciente. O recorte de uma caixinha suja e velha de diazepam e/ou clonazepam (Rivotril) que estava grampeado em alguns prontuários, e tampava até mesmo o nome dos/das usuários(as) de BZD, pôde, finalmente, ser arrancado, simbólica e materialmente.

Nos contínuos embates vivenciados, dentro da saúde pública, seja por financiamento, por políticas de gestão ou mesmo por paradigmas que embasam as estratégias de trabalho,

esse estudo tenta contribuir com mais um tensionamento: debater as questões de gênero nas práticas de cuidado da Estratégia Saúde da Família. Não foi por acaso tal escolha, a naturalização das desigualdades de gênero propicia um discurso que justifica o maior consumo de BZD, por parte das mulheres. Foi através da percepção sobre as contradições desse discurso, e na busca por salientar como as equipes da ESF terminam por legitimá-lo, que ousamos questionar tais verdades.

Considera-se que a metodologia de pesquisa-ação foi adequada ao objeto de estudo aqui focado. Foi possível construir problematizações importantes com as equipes, para que criassem novas estratégias de cuidado. Também foi possível operacionalizar gênero entre trabalhadores(as) da ESF e usuários(as) de BZD. Além disso, tal metodologia conseguiu subverter a lógica predominante a respeito de protocolos de retirada de BZD, ou seja, ao invés de responsabilizar o usuário para que fizesse a diminuição gradual das doses, focalizou-se na relação entre equipe e usuários(as) de BZD. Tal enfoque foi fundamental, não só na construção da ação, mas, principalmente, para podermos demonstrar que o BZD pode sair de cena, quando genuinamente propõe-se o cuidado. Nessa perspectiva, ativou-se a mobilização e compromisso da equipe, pois se compreende que a mesma também está submetida à perspectiva medicamentosa, e só após problematizar esse paradigma, foi possível iniciar a retirada do BZD.

Sendo assim, faz-se mister pensar em novos estudos que acompanhem o impacto da ação ora proposta, bem como, estudos que tentem avaliar a metodologia aqui desenvolvida, para ser aplicada a outros contextos. Como é uma metodologia qualitativa, espera-se que a construção da ação estará sempre amparada na relação estabelecida entre pesquisador(a) e campo de estudo, e dessa forma não se fará uma repetição da ação, mas, sim, a construção de um novo estudo.

A pouca informação sobre os riscos trazidos pelo uso contínuo do BZD, foi outro dado alarmante. Sendo assim, considera-se essencial que os órgãos governamentais responsáveis pela dispensação e controle de medicamentos psicotrópicos, possam construir estratégias mais eficazes, para fiscalizar e propor novas formas de enfrentamento da dependência ao BZD.

Com relação à rede SUS, esse estudo chama a atenção sobre as relações de poder estabelecidas entre especialistas e profissionais da atenção básica, no que concerne ao uso continuado de BZD. Tanto o saber médico, quanto a forma como estrutura-se o sistema de referência e contra-referência, dentro da rede SUS, termina por dificultar o acesso aos especialistas, ao mesmo tempo em que tira a autonomia da equipe da atenção básica, para

alterar condutas medicamentosas. Considera-se que a estratégia de matriciamento, via implantação dos NASF, seja uma das possibilidades, para se enfrentar tais hierarquias.

Dentro do contexto brasileiro, com tantas desigualdades sociais a serem enfrentadas, esse estudo tentou focalizar no impacto das desigualdades de gênero que embasavam as práticas de cuidado e medicalização, nas equipes da ESF. Nesse percurso, pôde-se descobrir algo interessante, na busca por um protocolo de retirada de BZD. O que fez a diferença foi exatamente algo, genuinamente, brasileiro: o vínculo. Quando se fala em retirada de BZD, o paradigma hegemônico tem trabalhado com a substituição do ansiolítico, por outros psicotrópicos. Porém, o que esse estudo tentou construir, não passa por essa lógica. Numa cultura brasileira, onde são valorizados os vínculos e a afetividade, foi exatamente esse o material de trabalho que pôde substituir o uso do BZD. E, talvez, a consígnia que hora se fortalece é a de que não se retira remédio com remédio, mas, sim, com cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA. Clinical Recommendation for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, v. 4, n. 5, 2008.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. *Introdução à epidemiologia*. 4 ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ALVARENGA, J. M. et al. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Revista Brasileira de Psiquiatria* [online], v. 30, n. 1, p. 7-11, 2008.

ALVES, P. C. Nervoso e experiência de fragilização: narrativas de mulheres idosas. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr, C. E. A (Orgs.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p.153-174.

ANDREOLI, S. B. et al. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.29, n.1, p. 43-46, 2007.

ANTHIERENS, S. et al. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice_A qualitative study on GPs' perspectives. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, n. 25, p. 214-219, 2007.

ARAÚJO, M. F.; SCHRAIBER, L. B.; COHEN, D. D. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)*, v.15, n. 38, p. 805-818, set 2011.

ASHTON, H. *Benzodiazepines: how they work and how to withdraw (aka The Ashton Manual)*. England: School of Neurosciences, Division of Psychiatry, 2002. Online Version: www.benzo.org.uk. Acesso em 11 abr. 2010.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos*. Projeto Diretrizes (Orgs) Nastasy, H.; Ribeiro, M.; Marques, A.C.P.R., 2008.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.

BANDEIRA, L. *Brasil_ Fortalecimento da Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres: avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas*. Documento elaborado a partir de Convênio entre Centro Econômico para América Latina e Caribe (CEPAL) e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPL-Brasil). Brasília: janeiro, 2005.

BANDEIRA, M.; FREITAS, L. C.; CARVALHO FILHO, J. G. T. de. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*, v. 56, n. 1, p. 41-47, 2007.

- BARBAN, E. G.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). *Arq Ciênc Saúde*, v.14, n. 1, p.52-63, 2007.
- BARKER, M. J. et al. An evaluation of persisting cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use. *Journal of the International Neuropsychological Society*, n. 11, p. 281–289, 2005.
- BOARINI, M. L; BORGES, R.F. *Hiperatividade, higiene mental, psicotrópicos: enigmas da Caixa de Pandora*. Maringá: Eduem, 2009
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7, n.3, p. 401-412, 2002.
- BRANDÃO, C. R. *Repensando a Pesquisa Participante*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- BRASIL. *Caderno de textos_ III Conferência Nacional de Saúde Mental_ Cuidar sim, excluir não*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. *Legislação em saúde mental (3ª edição)*. Série Legislação em Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. *Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Brasília, DF, 2004a.
- BRASIL. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Série F Comunicação e Educação em Saúde, Brasília, DF, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: *Conferência Regional de Reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 Anos depois de Caracas*, 2005, Brasília. Documento apresentado à...Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel de Indicadores do SUS*. Ano I, n.1, Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, 2006a.
- BRASIL. *Saúde Mental em Dados*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, ano I, n. 2, jan-jul, 2006b.
- BRASIL. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher_ Princípios e Diretrizes*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 1ª edição, Brasília: Serie C. Projetos, Programas, Relatórios, 2007.
- BRASIL. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União*, Ministério da Saúde, Brasília, DF, n. 18, Seção 1, p. 47 a 49, de 25 de janeiro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *O HumanizaSUS na atenção básica*. Série B. Textos Básicos de Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Departamento de Atenção Básica*, 2011a. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Acesso em 6 de setembro de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Taxa de Cobertura por Planos Privados de Saúde*, 2011b. Disponível em www.ans.gov.br. Acesso em 9 de setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados 8- Ano VI*, n 8, janeiro de 2011c. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental, 24p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em 20 de junho de 2011

BRUSCHINI, C. O uso de Abordagens quantitativas em pesquisas sobre relações de gênero. In: COSTA, A. de O.; BRUSCHINI, C (Orgs). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992, p. 289-309.

CAMPOS, G. W. de S. Debate sobre o artigo de Conill. Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 24, Suplemento 1, p. S17-S19, 2008.

CARLINI, E A et al (superv). *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país-2005*. São Paulo: CEBRID- Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARVALHO, I. S.; COELHO, V. L. D. Mulheres na maturidade: histórias de vida e queixa depressiva. *Estudos de Psicologia*, v.10, n. 2, p. 231-238, 2005.

CARVALHO, L.F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004.

CASTRO, M. G.; LAVINAS, L. Do feminino ao gênero: a construção de um objeto. In: COSTA, A. de O.; BRUSCHINI, C (Orgs). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992, p. 216-251.

CHAIMOWICZ, F.; FERREIRA, T. J. X. M.; MIGUEL, D. F.A. Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. *Rev Saúde Pública*, v. 34, n. 6, p. 631-635, 2000.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 24, Suplemento 1, p. S7-S16, 2008.

COOK, J. M.; BIYANOVA, T.; MASCI, C.; COYNE, J. C. Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study. *Society of General Internal Medicine*, v. 22, p.1094–1100, 2007.

CORY, J.; DECHIEF, L. (Orgs). *SHE framework : Safety & Health Enhancement for women experiencing abuse: a toolkit for providers and planners*. Canada: British Columbia Women's Hospital and Health Centre, 2007.

COSTA, A. de O.; BRUSCHINI, C. (orgs). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 13-24, jan./dez. 2007.

COSTA- ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (coord.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz., 2000, p.141-168.

COSTA, T.; STOTZ, E. N.; GRYNSZPAN, D.; SOUZA, M. do C. B. de. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface_ Comunicação, Saúde, Educação*, v.10, n.20, p. 363-80, jul/dez 2006.

CRUZ, A. V. et al. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. Journal of Basic and Applied Pharmaceutical Sciences, v. 27, n. 3, p. 259-267, 2006.

CUNHA, M. C. P. De historiadoras, brasileiras e escandinavas_ Loucuras, folias e relações de gêneros no Brasil (século XIX e início do XX). *Tempo*. Rio de Janeiro, v.3, n. 5, p.1881-215, 1998.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B.; HANADA, H.; DURAND, J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p.1037-1050, 2009.

FACCHINETTI, C.; RIBEIRO, A.; MUNOZ, P. F. de. As insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, sup, p.231-242, jun-2008.

FERRAZ, D. A. de S.; ARAÚJO, M. F. Gênero e saúde mental: desigualdade e iniquidades. In: ARAÚJO, M. F.; MATTIOLI, O. C. (Orgs). *Gênero e Violência*. São Paulo: Arte e Ciência, 2004, p. 53-67.

FERRAZ, D. A. de S.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 9, n. 1, p. 65-77, 2010.

FILHO, N. G. V.; ROCHA, E. C.; FRANÇA, E. M. Saúde mental na prática da atenção integral do programa de saúde da família. *Ver Brás, Méd Farm e Com*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 15-22, 2006.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Supl.), 103-112, 2002.

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. *Monitoring Financial Flows for Health Research 2007_ Behind the Global Numbers*. Geneva: Global Forum for Health Research, June 2008. ISBN 978-2-940401-04-08.

GORGELS, W.J.M.J. et al. Consequences of a benzodiazepine discontinuation programme in family practice on psychotropic medication prescription to the participants. *Family Practice Advance Access*, p. 504- 510, 2007.

HANADA, H.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 33-59, janeiro-abril, 2010.

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

ILLICH, I. *A expropriação da saúde. Nêmesis da medicina*. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. 3. Ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Contagem da População, 2007*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

JANNOTTI, C. B.; SEQUEIRA, A. L. T.; SILVA, K. S. da . Direitos e saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 25-33, jan./dez. 2007.

JORJENSEN, V.R.K. An approach to reduce Benzodiazepine and Cyclopyrrolone use in general practice: a study based on a danish population. *CNS Drugs*, v. 21, n 11, p.947-955, 2007.

JUCÁ, V. J. dos S.; NUNES, M. de O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009.

LACERDA, R. B. et al. Evaluation of the medical orientation for the benzodiazepine side effects. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, n.1, p.23-30, 2004.

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

LUCCHESI, R. ; DE OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E. ; MARCON, S. R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n.9, p.2033-2042, set, 2009.

LUDEMIR, A. B. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008.

MACHADO, L. Z. Feminismo, Academia e interdisciplinaridade. In: COSTA, A. de O; BRUSCHINI, C. (orgs). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992, p. 24-38.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, 2006.

MARI, J. J. et al. The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. *Psychol Med.*, v.23, n. 2, 467-474, 1993.

MASTROIANNI, P. C. et al. Análise do conteúdo de propagandas de medicamentos Psicoativos. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 968-71, 2008.

MATEUS, M. D. et al. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *International Journal of Mental Health Systems*, p.2-12, 2008.

MELO, H. P. Gênero e pobreza no Brasil. In: Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL Proyecto gobernabilidad democrática e igualdad de género en América Latina y el Caribe. Reunión de Expertos “Políticas y programas de superación de la pobreza desde la perspectiva de la gobernabilidad democrática y el género”. Quito, Ecuador: CEPAL, 2004. Disponível em: http://www.eclac.org/mujer/reuniones/quito/Hildete_Pereira.pdf. Acesso em 20 de setembro de 2011.

MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. de. O papel das mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.13 (numero especial), p. 1207-1212, novembro-dezembro, 2005.

MENDONÇA, R. T. et al. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.17, n.2, p. 95-106, 2008.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Públ*, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORIN, C. M. et al. Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia: a survival analysis of relapse. *Behaviour Research and Therapy*, n. 43, p. 1-14, 2005.

MUÑOZ, D. O. La salud de las mujeres como problema prioritario de investigación en América Latina. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 135-146, jan./dez. 2007.

NATASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. Benzodiazepínicos- Abuso e dependência. In: LARANJEIRA, R. et al. (coord.) *Usuários de substâncias psicoativas*:

abordagem, diagnóstico e tratamento. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003, cap 5, p. 71-79.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Revista Latino-americana Enfermagem*, v. 13 (número especial), p. 896-902, 2005.

OUDE VOSHAAR, R. C. et al. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use_Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, n.189, p. 213-220, 2006.

PANDE, M. N. R., AMARANTE, P. D. de C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.

PARR, J. M. et al. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: A qualitative analysis. *Social Science & Medicine*, n. 62, p. 1237-1249, 2006.

PARR, J. M et al. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction_Society for the study of addiction*, n. 104, p.13-24, 2008.

PAYNE, S. *How can gender equity be addressed through health systems?* Policy Brief 12. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen- Denmark, 2009.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L.. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008.

PIMLOTT, N. J.G.et al. Educating physicians to reduce benzodiazepine use by elderly patients: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, v. 168, n. 7, p. 835-9, april 1, 2003.

RABELO, I.V.M.; TAVARES, R.C. Homens-carrapatos e suas mulheres: Relato de experiência em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate- Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, v. 32, n. 78, 79,80, p. 133-142, jan-dez 2008.

RABELO, I. V. M., TORRES, A R R. Trabalhadores em saúde mental: relações entre práticas profissionais e bem-estar físico e psicológico. *Psicologia Ciência e Profissão*, v.25, n. 4, p.614 - 625, 2005.

RABELO, I. V. M., TORRES, A R R. Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v.23, n.3, p.219 - 228, 2006.

- REY, F. G. *La investigación cualitativa en psicología: rumbos y desafíos*. São Paulo: EDUC, 1999.
- RIBEIRO, C. S. et al. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. *Sao Paulo Med J.*, Department of Medical Psychiatry and Psychology, School of Medical Sciences, v. 125, n. 5, p. 270-274, 2007.
- ROCHA, S.; FERREIRA, V. Reformas do Estado e Seguridade Social: o caso da saúde. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.). *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO- Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva; Brasília: UNFPA- Fundo de População das Nações Unidas, 2005, p. 63-70.
- RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun. 2003
- SADOCK B. J.; SADOCK, V.A. *Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan e Sadock*. Posto Alegre: Artmed, 2002.
- SAFFIOTI, H. I. B. Rearticulando Gênero e Classe Social. In: COSTA, A. de O.; BRUSCHINI, C (Orgs). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992, p. 183-215.
- SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p.1177-1182, 2009.
- SCHRAIBER, L. B. Equidade de Gênero e Saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.). *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO- Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva; Brasília: UNFPA- Fundo de População das Nações Unidas, 2005, p. 39-61.
- SCHRAIBER, L. B.; D' OLIVEIRA, A. F. P. L.; PORTELLA, A. P.; MENICUCCI, E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p.1019-1027, 2009.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, v. 20, n.2, 1995.
- SILVEIRA, D. P. da; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p.139-148, 2009.
- SOARES, V. M. N. Desigualdades na saúde reprodutiva das mulheres no Paraná. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 10, n. 3, p. 293-309, 2007.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE SONO. I Consenso Brasileiro de Insônia. POYARES, D.; VIEIRA, S. B.; TUFIC, S. (Orgs.). *Revista Hypnos*, 2002.
- SORJ, B. O feminismo na encruzilhada da modernidade e pós-modernidade. In: COSTA, A. de O.; BRUSCHINI, C. (orgs). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992, p. 15-23.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Coleção temas básicos de pesquisa-ação).

UNITED NATIONS -WOMEN. *Gender Training Community of Practice Guidelines for Second Virtual Dialogue “Gender Training Methodologies”*. March 23rd– April 9th 2009. Disponível em: <http://www.un-instraw.org/166-capacity-building/168-virtual-discussion/view-category/Page-2.html>. Acesso em 18 abril 2010.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Integrating Gender Perspectives in the work of WHO*. Geneva: World Health Organization Gender Policy, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mental Health Policy, Plans and Programmes*. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneve: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Economic Aspect of Mental Health System: Key Messages to Health Planners and Policy-Makers*. Geneve: World Health Organization. Mental Health- Evidence and Research. Department of Mental Health and Substance Abuse, 2006.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais da ESF

1. Estudo sobre saúde mental e gênero, na estratégia saúde da família (ESF).
2. Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento sobre eventuais dúvidas. O principal investigador é a doutoranda em Psicologia Ionara Vieira Moura Rabelo que pode ser encontrada na Avenida Dom Antônio, 2100 - CEP 19806-900 - Assis/SP – Brasil. SPG - (18) 3302 5809 - Pabx (18) 3302 5800 - Fax (18) 3324 4537. Na cidade de Goiânia: (62) 3225-7447 ou (62) 81278145. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Letras (Campus UNESP-Assis), que protocolou este projeto, através do telefone (18) 3302-5740; ou pelo e-mail cep@assis.unesp.br
3. Justificativa: O processo de medicalização da vida tem sido debatido, questionado e legitimado pela prática clínica. Este processo está diretamente ligado à expansão da medicina ocidental, mas não se restringe à relação médico-paciente. O que pode ser observado, é que nas relações sociais, o uso de novas tecnologias médicas, bem como, o uso substâncias medicamentosas e/ou psicoativas, legais ou ilegais, prescritas ou sem prescrição, extrapola o campo da saúde e transversaliza a sociedade e a cultura. Há recorrência do processo histórico de naturalização e medicalização do corpo feminino. Muitos estudos têm demonstrado que as mulheres compõem o grupo que mais recebe prescrição para uso continuado de ansiolíticos, sendo assim, é importante analisar como estas práticas impactam a vida das mesmas, e os discursos que legitimam tais estratégias.
4. Objetivo Geral: investigar as interfaces entre saúde mental e gênero, a partir da análise das práticas de cuidado e medicalização desenvolvidas por profissionais de equipes de saúde da família.
5. Como critério para inclusão de participantes serão convidados a participar dessa pesquisa integrantes das três equipes de ESF que já estejam atuando em conjunto com profissionais de CAPS, há mais de um ano, na cidade de Assis ou Goiânia. Estes profissionais serão convidados a participar voluntariamente e, caso o número de recusa seja superior a 20 % do total da equipe, outra equipe será escolhida. A amostra será com representantes de todas as categorias profissionais da ESF, com diferentes: sexo, idade, escolaridade e função. Dentre as equipes selecionadas será feito o levantamento de prontuários para detectar os usuários de psicotrópicos, para confecção do banco de dados e escolha dos casos para análise de protocolos de administração e retirada de ansiolíticos. Apenas após as primeiras análises do material quantitativo, serão agendadas reuniões com todos os profissionais que tenham aceitado participar da pesquisa de forma voluntária. As reuniões ocorrerão em locais previamente agendados, próximos às ESF, no horário de trabalho, e sempre com profissionais de uma mesma ESF e os trabalhadores do CAPS a ela vinculados. Nesses encontros serão feitas dinâmicas de sensibilização, sobre as relações de gênero, e a seguir ocorrerão as discussões de caso e apresentação de alguns dos dados encontrados a respeito do uso de

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários/as ESF

1. Estudo sobre saúde mental de homens e mulheres na estratégia saúde da família (ESF).
2. Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento sobre eventuais dúvidas. O principal investigador é a doutoranda em Psicologia Ionara Vieira Moura Rabelo que pode ser encontrada na Avenida Dom Antônio, 2100 - CEP 19806-900 - Assis/SP – Brasil. SPG - (18) 3302 5809 - Pabx (18) 3302 5800 - Fax (18) 3324 4537. Na cidade de Goiânia: (62) 3225-7447 ou (62) 81278145. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Letras (Campus UNESP-Assis), que protocolou este projeto, através do telefone (18) 3302-5740; ou pelo e-mail cep@assis.unesp.br
3. Justificativa: Os tratamentos de saúde precisam ser analisados, para verificar se estão sendo adequados a cada pessoa. Sendo assim, é necessário avaliar vários dados sociais e pessoais para compreender se o atendimento está adequado a cada situação.
4. Objetivo Geral: investigar como homens e mulheres estão sendo atendidos e quais os tratamentos e medicamentos estão sendo utilizados, quando apresentam algum sofrimento mental.
5. Nas equipes de saúde da família selecionadas será feito o levantamento de prontuários. A seguir, serão anotados os dados sócio-demográficos de cada pessoa e questões sobre o uso do remédio ansiolítico (calmante): tempo de uso, evolução do quadro clínico, presença de outras doenças, presença de outros medicamentos de uso contínuo, idade, estado civil, condições sócio-econômicas, eventos vinculados ao ciclo do desenvolvimento, situação de violência, uso de álcool e drogas no núcleo familiar, frequência de principais diagnósticos, no campo da saúde mental, frequência de prescrições de ansiolíticos por ESF, frequência de prescrições por tipo de ansiolítico, tempo de tratamento e modelos de retirada de medicação ansiolítica por parte da equipe de saúde da família, quedas, acidentes domésticos, acidentes com manuseio de máquinas e transporte, morbidade, natalidade, analfabetismo funcional feminino (mulheres de 15 anos ou mais anos de idade com até 3 anos de estudo), porcentagem de mulheres com alta escolaridade (mulheres de 15 anos ou mais anos de idade com 11 ou mais anos de estudo), rendimento médio (rendimento do trabalho, aposentadorias, aluguel, etc., declarados pelas mulheres de 15 anos ou mais anos de idade, dividida pelo número de mulheres dessa faixa etária que auferiram algum tipo de renda) taxa de atividade, taxa de desemprego, sem ou com rendimento total de até 1 salário mínimo, chefes de família, crianças de 0 a 6 anos de idade que frequentam a escola, domicílios urbanos adequados.
6. Garantia de saída: é garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo.

7.Direito de confidencialidade: será preservada sua identidade, nenhum dado poderá identificar os prontuários analisados. Os resultados a serem publicados não poderão conter qualquer dado que não respeite o anonimato dos participantes, bem como dos prontuários analisados.

8.Se, no momento em que o ACS lhe explicar o TCLE, você tiver qualquer sensação de medo ou dúvida, você poderá relatar ao ACS. Caso tal fato seja detectado, a pesquisadora poderá propor atender, individualmente, para maiores explicações sobre o tratamento em saúde mental.

9.Esta pesquisa não envolve ressarcimento financeiro aos participantes em nenhuma das etapas, e mesmo após finalização do estudo.

Eu, _____ acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou do que foi lido para mim, descrevendo o estudo “Estudo sobre saúde mental de homens e mulheres na estratégia saúde da família”.

Concordo, voluntariamente, em autorizar o desenvolvimento deste estudo através dos dados que constam em meu prontuário (ficha), na unidade de saúde ESF em que sou cadastrado/a, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a realização do mesmo.

Assinatura

Local

Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste(a) usuário/a para a realização desse estudo.

Assinatura da pesquisadora

Local

Data

APÊNDICE C- Questionário da Pesquisa

Caro(a) ACS, Equipe _____ durante ou após a próxima visita domiciliar a esta família, por favor anote abaixo os dados que faltam para atualizar prontuário de _____ Data de Nascimento: _____

Numero do Prontuário: _____

Data do Prontuário: _____

Quadra: _____ Lote: _____

Numero de Residentes: _____

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Tipos de Casa

1. Tijolo 2. Madeira 3. Mista 4. Taipa 5. Barro 6. Outros

Energia Elétrica

1. Sim 2. Não

Lixo: Coleta Pública

1. Sim 2. Não

Abastecimento de Água tratada

1. Sim 2. Não

Destino de fezes e Urina

1. Esgoto Público 2. Fossa 3. Fossa Séptica 4. Céu Aberto

Participa de Grupos Comunitários

1. Conselho Municipal 2. Associação de Moradores 3. Grupo Religioso 4. Outro 5. Não Participa

Meios de Transporte

1. Carro Próprio 2. Ônibus 3. Moto 4. Bicicleta 5. Animal 6. Outro

Sexo

1. Feminino 2. Masculino

1. Em relação à forma como você se percebe, você se considera?

- () 1. Asiático () 2. Indígena () 3. Negro () 4. Calçasiano/Branco () 5. Pardo

2. Número Total de Filhos: _____ Número de Filhos Vivos: _____

3. Quando iniciou o uso de BZD (mês e/ou ano de início) _____

4. Estado Civil **antes** de usar BZD?

- () 1. Solteiro(a) () 2. Casado(a) () 3. Viúvo(a) () 4. Separado(a) () 5. Amasiado(a)

5. Estado civil após **após/durante** o uso do BZD?

- () 1. Solteiro(a) () 2. Casado(a) () 3. Viúvo(a) () 4. Separado(a) () 5. Amasiado(a)

6. Escolaridade **antes** de usar BZD?

- () Analfabeto () 1ª a 4ª série () 5ª a 8ª série () Colegial () Superior Incompleto
() Superior completo

7. Escolaridade **atual** (após uso BZD)?

- Analfabeto 1ª a 4ª série 5ª a 8ª série Colegial Superior Incompleto
 Superior completo

8. Já realizou algum Curso Profissionalizante **antes** de usar o BZD?

- Sim. Qual? _____ Não Não Sabe

9. Já realizou Curso Profissionalizante **após/durante** o uso do BZD?

- Sim. Qual? _____ Não Não Sabe

10. Situação de trabalho **antes** do início do uso BZD?

1. Estudante
 2. Serviços domésticos não remunerados (Do lar)
 3. Serviços domésticos não remunerados misto com trabalho informal em casa (cuida de criança, desenvolve atividade em casa como costura, marcenaria, conserta objetos)
 4. Desempregado
 5. Aposentado
 6. Pensionista
 7. Emprego formal (com carteira assinada)
 8. Emprego Informal (sem carteira assinada, autônomo, mas sai de casa para trabalhar, fazer bico, faxina, lavar roupa para fora, vendas de produtos)

11. Situação de trabalho **atual**?

1. Estudante
 2. Serviços domésticos não remunerados (Do lar)
 3. Serviços domésticos não remunerados misto com trabalho informal em casa (cuida de criança, desenvolve atividade em casa como costura, marcenaria, conserta objetos)
 4. Desempregado
 5. Aposentado
 6. Pensionista
 7. Emprego formal (com carteira assinada)
 8. Emprego Informal (sem carteira assinada, autônomo, mas sai de casa para trabalhar, fazer bico, faxina, lavar roupa para fora, vendas de produtos)

12. Renda Média familiar **antes** de usar o BZD? _____

13. Renda Média familiar **após/durante** o uso do BZD? _____

14. Participa de algum programa de transferência de renda:

- Sim. Não Não Sabe S1 _____

Se sim, Qual? _____ Valor: _____ Tempo inscrito no programa? _____

15. Medicamento usado, atualmente:

- Diazepam _____mg Rivotril ou Clonazepam _____mg

16. Dose-dia **inicial** _____ Dose-dia **atual** _____

17. Profissional que iniciou o tratamento?

- medico PSF neurologista psiquiatra cardiologista Outro _____

18. Prescritor principal atual:

medico PSF neurologista psiquiatra cardiologista Outro _____

19. Numero de consultas com prescritor principal/ano?

mensalmente a cada 2 meses a cada 3 meses a cada 4 meses
 1 a 2 vezes ao ano

20. Número de prescrições repetidas/ano (sem consulta ou com consulta, mas com outro prescritor que não o responsável pelo tratamento)? _____

21. Principal repetidor de receita?

medico PSF neurologista psiquiatra cardiologista Outro _____

22. Principal forma de acesso ao medicamento:

SUS Compra Metade do SUS e metade compra.

23. Se foi informado(a) sobre tempo total do Tratamento com BZD?

Sim, Quanto tempo? _____ Não Não Sabe

24. Se foi informado(a) sobre Riscos que envolvem tratamento?

Sim, Quais? _____ Não Não Sabe

25. Se, tem outra doença que precisa de tratamento contínuo?

Sim, Qual doença? _____ Não Não Sabe

26. Faz uso continuado de algum outro medicamento (pedir para ver e anotar)?

Sim, Qual(is) medicamentos? _____ mg Dose-dia _____

Não

Não Sabe

27. Prática de atividade física

Sim Não Não Sabe

28. Consumo de tabaco

Sim Não

29. Consumo de bebida alcóolica

Nunca Diário Fim de semana Mensal Raramente

30. Suspeita de dri na residência

Sim Não Não Sabe

31. Suspeita de bzd, por outras pessoas na residência

Sim Não Não Sabe

32. Suspeita de situações de violência doméstica e exploração sexual

Sim Não Não Sabe

APÊNDICE D_ Folha de Respostas para dinâmicas de grupo

Percursos

Abaixo vocês encontrarão três pessoas, por favor, criem um percurso que inclua ao menos **quatro** locais que possivelmente sejam os mais frequentados, na rotina dessas pessoas.

1. Pessoa alcólatra

Locais: _____

2. Pessoa com mais de 60 anos

Locais: _____

3. Pessoa com Doença Sexualmente Transmissível

Locais: _____

APÊNDICE E- Folha de resposta para análise dos dados quantitativos

Perfil da população pesquisada neste município

1. Renda em salários: _____
2. Sexo: ____% de Homens; ____% de Mulheres
3. Etnia: ____% de Negros(as); ____% de Brancos(as); ____% de Pardos(as)
4. Média de Idade: _____
5. Número de residentes/por domicílio: _____
6. Número de cômodos/por domicílio: _____
7. Participação em Grupos Religiosos: ____%
8. Meio de Transporte mais utilizado: ____% ônibus; ____% carro; ____% moto

Perfil dos(as) usuários(as) de ansiolíticos da ESF



Porcentagem de Adultos(as) atendidos(as):	_____ %	_____ %
Porcentagem de usuários(as) de ansiolíticos:	_____ %	_____ %
Média de idade dos participantes da pesquisa:	_____	_____
Número de anos utilizando ansiolíticos:	_____	_____

Porcentagem de usuários(as) de Diazepam:	_____ %	_____ %
Porcentagem de usuários(as) de Rivotril:	_____ %	_____ %

Profissional que iniciou o tratamento com ansiolíticos:

Médico(a) do ESF	_____ %	_____ %
Neurologista	_____ %	_____ %
Psiquiatra	_____ %	_____ %
Cardiologista	_____ %	_____ %
Outro(a) especialista	_____ %	_____ %

Profissional atual responsável pelo tratamento com ansiolíticos:

Médico(a) do ESF	_____ %	_____ %
Neurologista	_____ %	_____ %
Psiquiatra	_____ %	_____ %
Cardiologista	_____ %	_____ %
Outro(a) especialista	_____ %	_____ %

APÊNDICE F_ Textos para discussão na oficina para desenvolvimento do protocolo para retirada de BZD

Texto 1

VICENS, Catalina; FIOL, Francisca; LLOBERA Joan, CAMPOAMOR, Francisco; MATEU, Catalina; ALEGRET, Santiago; SÓCIAS, Isabel. Withdrawal from long-term benzodiazepine use: randomised trial in family practice. *British Journal of General Practice*, n. 56, p. 958–963, 2006.

Vicens et al (2006) propuseram um estudo aleatório, sem duplo-cego focado na prática de 3 médicos de família que atuam em centros públicos de saúde de regiões urbanas da Ilha de Mallorca. Propuseram fazer uma intervenção estruturada a um grupo que consistiu de uma orientação padrão e redução da dose de benzodiazepínico (BZD), gradativamente.

Foram selecionadas 139 pessoas, divididas aleatoriamente em Grupo Intervenção (GI) com 73 pessoas que foram submetidas a uma entrevista padronizada e foram atendidas a cada 15 dias para orientações (redução de 10 a 25% da dose inicial a cada consulta) e Grupo Controle (GC) com 66 pessoas que receberam informações sobre a importância da retirada e manteve-se a conduta já cotidiana de consultas. Ambos os grupos foram avaliados quanto à ansiedade e depressão, na primeira consulta da pesquisa, a média de idade de toda a amostra era de 59 anos com Desvio Padrão de 11,4 anos e 82% dos participantes eram mulheres. Dentre as razões para iniciar o uso do BZD, foram alegados com mais frequência: ansiedade, insônia e sintomas depressivos, sendo que em 67,5% dos casos, a prescrição foi feita pelo médico da família.

A intervenção durou uma média de 2,6 meses, variando de 01 a 07 meses. Nas consultas de seguimento, para avaliar os resultados, no Grupo Intervenção, após 6 meses, pararam totalmente o uso de BZD 39,7% das pessoas e com 12 meses esta porcentagem subiu para 45,2%. Este percentual foi, significativamente, menor no Grupo Controle, sendo que, com 6 meses, apenas 3,1% havia interrompido o uso de BZD e com 12 meses, apenas 9,1%. Baixaram o consumo para menos da metade da dose inicial 21,9% do Grupo que participou da Intervenção e 16,7% do Grupo Controle. Comparados os dois grupos o risco relativo para a retirada total do BZD, com 12 meses de acompanhamento foi de 4,97% (95% CI= 2,22 a 11,10). O risco para redução absoluta foi de 0,361 (95% CI= 0,22 a 0,50) e seria de 3 (95% CI= 2 a 4) o número de pessoas que precisa ser tratada para obter a retirada.

Não houve efeitos adversos severos nem durante o processo de dose-redução, nem nos 12 meses seguintes. No GI apareceram os seguintes sintomas de abstinência: insônia em 20,5% dos participantes; ansiedade em 15% e irritabilidade em 13,6%. Tais números demonstram que não houve uma alta prevalência de sintomas que provocassem incômodo importante, nas pessoas envolvidas.

Os resultados sugerem que a intervenção estruturada com uma entrevista padrão e redução gradual monitorada do BZD foi 5 vezes mais efetiva para a descontinuação do uso prolongado de BZD, que a prática usual. Houve a proporção de um caso bem sucedido, para cada 3 casos acompanhados, sendo que os benefícios persistem por ao menos 12 meses.

Texto 2

OUDE VOSHAAR, Richard C.; COUVEE, Jaap E.; VAN BALKOM, Anton J. L. M.; MULDER, Paul G. H.; ZITMAN, Frans G. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use_Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, n.189, p. 213-220, 2006.

Na meta-análise conduzida por Oude Voshaar et al (2006) buscou artigos de pesquisa publicados nas bases de dados: PubMed, PsycINFO e Cochrane. De 275 estudos sobre retirada de benzodiazepínicos, apenas 29 apresentaram os critérios de inclusão para esta análise, e um estudo foi analisado em 2 categorias, por ter diferentes grupos de intervenção. Essa meta-análise foi realizada com o objetivo de encontrar evidências clínicas, para um protocolo de descontinuação do uso prolongado de benzodiazepínicos (BZD).

Os autores ressaltam a prevalência do consumo de benzodiazepínicos, entre 2 a 3% da população, na maior parte dos países europeus, e, portanto, as desvantagens no uso prolongado de BZD, como por exemplo: risco de dependência, maior risco de sofrer quedas e acidentes e distúrbios cognitivos (atenção, concentração, memória).

Esta meta-análise distinguiu dois grupos de intervenções nomeadas como: intervenções mínimas e programas de descontinuação sistemática.

As intervenções mínimas (3 estudos) são estratégias como: enviar cartas informativas sobre riscos do uso continuado de benzodiazepínicos e reuniões com grandes grupos de pacientes orientando sobre como parar o uso do medicamento. Os programas de descontinuação sistemáticas (1 estudo) são estratégias de tratamento, para descontinuação sistemática de medicamento ansiolítico acompanhada por profissional da medicina ou

psicologia. Esses programas de descontinuação foram analisados em três sub-grupos: apenas a descontinuação sistemática de BZD; descontinuação sistemática de BZD com psicoterapia (5 estudos) e descontinuação sistemática com farmacoterapia, ou seja, a inclusão de outro medicamento, para apoiar a retirada de BZD (21 estudos).

Tanto as intervenções mínimas, como os programas de descontinuação sistemática, foram significativamente mais eficientes, para a retirada do ansiolítico que os chamados cuidados de rotina. As intervenções mínimas são 2,8 vezes mais eficazes, na retirada de BZD, em comparação com os pacientes que recebem apenas cuidados de rotina (consultas médicas). Já, os programas de descontinuação sistemáticas são 6,1 vezes mais eficazes, que os cuidados de rotina.

As evidências encontradas nessa meta-análise apontaram para a eficácia de um protocolo de descontinuação do uso prolongado de benzodiazepínicos, seguindo os seguintes passos, já nomeados por Russell e Lader (1993) como “Stepped Care Approach”, aqui traduzido como “Abordagem de tratamento Passo-a-Passo”.

Primeiro passo - Inicia-se a descontinuação do uso de BZD, através de intervenções mínimas, como cartas ou grupos para orientação.

Segundo passo - Caso o primeiro passo seja falho, inicia-se um programa de descontinuação sistemática, para a descontinuidade do uso de BZD, para casos resistentes atendidos na atenção básica. A descontinuação sistemática pode ser: redução de 25% da dose diária, a cada semana; redução de 12,5% da dose diária, a cada duas semanas ou retirada com base nos sintomas, podendo durar de quatro semanas a um ano. Ressalta-se que estes diferentes programas de redução de uso de BZD, nunca foram comparados de forma direta, em estudos controlados.

Terceiro passo - Para os casos que não responderam ao segundo passo, a meta-análise não pôde avaliar, mas sugere a descontinuação sistemática, junto com psicoterapia, ou descontinuação sistemática, junto com farmacoterapia. No caso da farmacoterapia, apenas imipramina e carbamazepina mostraram-se mais eficazes que apenas a descontinuação sistemática. Não foram encontrados resultados mais eficazes que a descontinuação sistemática, quando foram utilizados como medicamentos adicionais, para a descontinuação do BZD, as seguintes substâncias: propranolol, buspirona e trazodona. Ressalta-se que esta meta-análise constatou que houve um recrutamento seletivo de homens jovens, nos estudos de

retirada de BZD, utilizando medicamentos. Tal dado é significativo, à medida em que a maior parte das pessoas dependentes de ansiolíticos são, na verdade, mulheres com mais de 50 anos de idade.

Texto 3

PARR, Jannette M; KAVANAGH, David J; CAHILL, Lareina; MITCHELL, Geoffrey; YOUNG, Ross McD. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction_ Society for the study of addiction*, n. 104, p.13-24, 2008.

De acordo com Parr et al (2008) meta-análises anteriores já haviam demonstrado que intervenções diretas foram mais efetivas que o tratamento rotineiro, na retirada dos benzodiazepínicos, tanto de pacientes internados, como de pacientes em tratamento ambulatorial. Tanto a farmacoterapia, como a intervenção psicológica provocaram um efeito maior que apenas o tratamento, através da Redução Gradual das Doses (RGD).

Contudo, ao se considerar que a maior parte dos usuários de BZD encontra-se em tratamento ambulatorial, Parr et al (2008) realizaram uma das primeiras meta-análises que tentou investigar apenas estudos, sobre tratamentos com benzodiazepínicos prescritos por clínicos gerais em situações ambulatoriais. Os resultados comparados dos estudos demonstraram que prover indivíduos com orientação, para parar BZD ou intervenções mais prolongadas aumentaram as taxas de retirada de BZD, significativamente, se comparadas com cuidados de rotina. Nos estudos avaliados, as intervenções psicológicas podem provocar pequenos, mas significantes, benefícios adicionais, tanto após o tratamento, quanto nas consultas de retorno (ou consultas de seguimento para manutenção), para além dos proporcionados apenas pelo RGD. Apenas 3 de 17 estudos com substituição da medicação demonstraram maiores taxas de interrupção do BZD, mas nenhum apresentou superioridade, nas consultas de seguimento.

O estudo de Parr et al (2008) destaca que não há evidência suficiente que apóie a prescrição de outros fármacos para a retirada de BZD. Entretanto, enfatizam que as melhores taxas de retirada de BZD focam-se na estratégia de discussão, sobre a retirada do medicamento, sistematicamente, com cada paciente que tem recebido prescrições contínuas por mais de 3 meses, recomendando que ele ou ela, gradualmente, faça a redução das doses. Tal estratégia foi mais eficaz que os cuidados rotineiros. Encaminhar pacientes para assistência psicológica, também pode aumentar mais ainda as chances de sucesso com relação à retirada. Esse estudo sugere que novas pesquisas foquem, no desenho dos protocolos de

retirada, focando nas estratégias psicossociais mais impactantes, período ideal para completar o regime de retirada total do BZD e durações do tratamento via RGD.

Texto 4

SOCIEDADE BRASILEIRA DE SONO. I Consenso Brasileiro de Insônia. Dalva Poyares, Sergio Barros Vieira, Sergio Tufic (Orgs.). Revista Hypnos, 2002.

O I Consenso Brasileiro da Insônia (2002) faz orientações à comunidade médica brasileira que segue os principais estudos, na área de insônia. As orientações são listadas abaixo:

- É desaconselhada a prescrição contínua de benzodiazepínicos, por mais de três meses.
- Na abordagem ao tratamento da insônia, faz-se necessário não apenas focalizar na insônia, mas, principalmente:
 - sintomas diurnos e noturnos
 - doença de base
- Diagnóstico da insônia com detalhada história de sono que inclua:
 - Queixas específicas, condição pré-sono, tipo e evolução da insônia, fatores perpetuantes, comorbidades, uso de substâncias, padrões do ciclo sono-vigília e demais sintomas vinculados ao sono
 - Podem ser utilizados instrumentos auto-aplicáveis como questionários, diários de sono (antes, durante e após tratamento em caso de acompanhamento, à longo prazo), listas de sintomas, bem como podem ser utilizados os testes psicológicos e entrevista com cônjuge.
- Os tratamentos a serem oferecidos devem ser:
 - Tratamentos não-farmacológicos (restrição do sono e controle de estímulos, terapia cognitiva, técnicas de relaxamento e higiene do sono)
 - Tratamentos farmacológicos:
 - devem ser instituídos, junto a um acompanhamento para a aprendizagem de novos hábitos por parte do paciente que deverá contar com informações sobre: alvos terapêuticos e expectativas; normas de segurança, na utilização do medicamento; potenciais efeitos colaterais e interações medicamentosas; outras modalidades terapêuticas terapia comportamental e cognitiva; potenciais de aumento de posologia; insônia rebote.

- Devem ser feitos esforços, no sentido de manter a menor dosagem efetiva da medicação e, quando as condições permitirem, deve-se buscar a descontinuação da droga.
- Para a descontinuação da droga, a utilização de psicoterapia cognitivo-comportamental facilita o processo de retirada gradual da dose medicamentosa. Porém, considera-se que, nos casos de insônia severa e refratária ou comorbidade crônica, o uso crônico do medicamento pode ser indicado, sendo que deve-se avaliar eficácia, efeitos colaterais e exacerbação dos sintomas.
- Para o uso crônico podem ser utilizadas prescrições para uso diário, intermitente (três noites por semana) ou quando a pessoa sentir necessidade.
 - Combinação de ambos os tratamentos
 - A reavaliação clínica deve ocorrer, periodicamente, até que os sintomas de insônia estejam controlados, e depois, a cada seis meses, devido ao risco de recaída.

Texto 5

JORJENSEN, V.R.K. An approach to reduce Benzodiazepine and Cyclopyrrolone use in general practice: a study based on a danish population. *CNS Drugs*, v. 21, n 11, p.947-955, 2007.

GORGELS, W.J.M.J.; OUDE VOSHAAR, R. C.; MOL, A.J.J.; VAN DE LISDONK, E.H.; MULDER, J.; VAN DEN HOOGEN, H.; VAN BALKOM, A. J. L. M.; BRETELER, M.H.M.; ZITMAN, F. G. Consequences of a benzodiazepine discontinuation programme in family practice on psychotropic medication prescription to the participants. *Family Practice Advance Access*, p. 504- 510, 2007.

O texto de Jorgensen (2007) relatou uma experiência implementada, num município da Dinamarca, onde médicos clínicos gerais conseguiram reduzir a prescrição de drogas que tinham como princípio ativo: benzodiazepínicos e zolpidem.

A estratégia utilizada pela equipe, de acordo com Jorgensen (2007), apenas tornou prática o que a lei dinamarquesa já determinava, através das seguintes ações: eliminação de prescrições por telefone; prescrição do medicamento após consulta médica; prescrição de medicamento apenas para um mês; discussão entre médico e paciente, em cada consulta, sobre possíveis modificações futuras, no tratamento, incluindo as possíveis reduções periódicas do medicamento. Foi utilizado o banco de dados do sistema de saúde, para avaliar o número de prescrições por médico, antes e após a estratégia, bem como material de

capacitação para retirada para equipe médica, paramédica e usuários do serviço de saúde, questionário de avaliação com os médicos envolvidos. Por fim, também houve a mobilização por parte da mídia local, no momento de iniciada da estratégia, esclarecendo à população sobre o uso racional da medicação e riscos advindos do uso por tempo prolongado.

Como principais resultados, Jorgensen (2007) apontou que quinze meses após o início da intervenção, houve a redução de 50.3% no uso dos medicamentos do grupo do zolpidem, 46.5% no uso dos benzodiazepínicos hipnóticos e 41.7% benzodiazepínicos ansiolíticos. Nos três primeiros meses da intervenção, houve o aumento de 4.3 consultas para cada 1000 pacientes, mas, logo em seguida esse índice caiu para 2.1 consultas, sendo que nos questionários, os médicos avaliaram que esta reorganização com relação às prescrições provou ser mais fácil do que esperavam, a princípio.

Sobre a preocupação a respeito da substituição do BZD por outra droga psicotrópica, após a retirada do primeiro, é interessante destacar o estudo de Gorgels et al (2007). Esse estudo aconteceu com 2425 pacientes usuários de BZD, por tempo prolongado (mais de 3 meses) que estavam participando do programa de intervenção holandês com médicos da família, nomeado como Benzoreduz. O programa inicia-se com uma carta que informa sobre a descontinuação do BZD (primeiro passo). Após 3 meses é feita uma consulta para avaliar o uso de BZD e as pessoas, que não conseguiram interromper o uso nesta primeira fase, foram convidadas a participar do segundo passo (dividindo-se em 3 grupos aleatórios): a) procedimento de redução gradual, juntamente com grupo psicoterápico; b) procedimento de redução gradual, sem grupo psicoterápico; c) cuidados de rotina. O resultado mais importante desse estudo foi que um programa de redução do benzodiazepínico, na atenção básica à saúde, não aumentou a prescrição de outras drogas psicotrópicas, ressaltando que nem mesmo o número de prescrição de antidepressivos foi alterado com esse programa. O alto índice de prescrição de antidepressivos esteve relacionado apenas com a prescrição desses mesmos medicamentos no momento em que a pesquisa iniciou, sendo assim, a descontinuação do BZD, não provocou mudança no padrão de uso dos antidepressivos.

Texto 6

Com base nos textos anteriores, resumimos, a seguir, algumas estratégias já utilizadas para a descontinuação do uso de ansiolíticos.

1. Enviar cartas informativas sobre riscos do uso continuado de benzodiazepínicos.
2. Anamnese inicial: Início da insônia, fator desencadeante, fatores de piora e melhora, tratamentos já realizados, horário que vai para a cama, atividades na cama antes de

adormecer, tempo que demora para adormecer, despertares durante a noite, presença de ronco ou sono agitado, horário em que acorda, horário que se levanta, como se sente ao despertar, ambiente em que dorme, como se sente durante o dia (cansaço, sonolência, irritabilidade), dores no corpo, atividade física (frequência e horário), trabalho (tipo e horário), refeições, cafés e refrigerantes, medicamentos (tipo e horário), ansiedade, depressão, relacionamento social e familiar, antecedentes familiares, uso de álcool e demais doenças.

3. Capacitação da equipe sobre uso racional de ansiolíticos.
4. Atendimento a cada 15 dias, com médico(a)/enfermeiro(a): redução de 10 a 25% da dose a cada consulta.
5. Discussão em grupos já existentes, no serviço de saúde, sobre o uso racional de medicamentos ansiolíticos.
6. Atendimento em grupo semanal específico para orientação, quanto à retirada de ansiolíticos.
7. Utilização de diários de sono (pela manhã por 2 semanas) e lista de sintomas para acompanhar retirada de ansiolítico: horário de ir para a cama, tempo estimado que leva para dormir, número de despertares, horário de acordar, horário de sair da cama, horas estimadas de sono, qualidade do sono, consumo de medicamento.
8. Tratamentos não-farmacológicos:
 - a. restrição ao sono e controle de estímulos,
 - b. técnicas de relaxamento
 - c. higiene do sono (com check list para discutir com ACS): alimentação, atividade física, restrição, no tempo de sono, horários regulares de sono, controle de estímulos associados ao quarto, não controlar o passar das horas, reservar horário para pensar nos problemas.

APÊNDICE G- Material utilizado nas dinâmicas de grupo

- 02 pinceis atômicos, na cor preta
- 01 fita adesiva
- 11 cartões, cada um contendo as seguintes palavras: “Casa”, “Rua”, “Bar”, “Igreja”, “Supermercado”, “Escola”, “Serviço de Saúde”, “Praça”, “Banco”, “Trabalho” e “Polícia”.
- 24 folhas de papel formato A4 (APÊNDICE D), para preenchimento dos percursos das seguintes pessoas: 1. Pessoa alcoólatra; 2. Pessoa com mais de 60 anos e 3. Pessoa com Doença Sexualmente Transmissível.
- 11 folhas de papel para Flip Chart (Tamanho 64 X 88 cm)
- 06 Fichas para Análise Descritiva, em formato A4 (APÊNDICE E), sendo uma folha para cada ESF, para preenchimento dos seguintes dados: perfil sócio-demográfico da população pesquisada, na cidade; porcentagem de adultos/adultas atendidos(as) em cada ESF; porcentagem de adultos/adultas usuários(as) de diazepam e clonazepam (Rivotril); média de idade e anos de uso do medicamento destes/destas usuários(as); profissional que iniciou o tratamento com ansiolítico e profissional responsável pelo tratamento, atualmente. Ressalta-se que os dados a respeito da utilização e tratamento com ansiolíticos estavam desagregados por sexo.
- 06 textos em papel A4 (APÊNDICE F) que debatiam estudos sobre retirada de ansiolíticos, como suporte teórico para possíveis intervenções futuras que ficarão a cargo da equipe decidir.
- 01 gravador MP 3

APÊNDICE H – Modelo de carta informativa para pacientes da ESF

Aviso Importante: você tem todo o direito de ser informado(a) sobre o seu tratamento, riscos que corre e benefícios que você pode ter.

Caro(a) _____,

Vimos através desta carta, lhe informar sobre o que é o diazepam e o clonazepam ou rivotril. São também conhecidos como medicamentos benzodiazepínicos que te deixam menos ansioso(a), te tranquiliza e te ajudam a dormir.

Você sabia que para este tipo de medicamento, só seria adequado um tratamento de no máximo **3 meses!** Por quê?

A Sociedade Brasileira de Sono afirma que depois desse tempo de uso (de 3 meses). estes remédios podem prejudicar a sua saúde, como por exemplo:

- Podem provocar esquecimento;
- Aumentam o risco de acidente, pois causam tontura, diminui sua atenção na casa e no trabalho;
- Causam dependência;

Constatamos que você está tomando o medicamento _____ há aproximadamente, _____ anos, e isto pode vir a trazer sérios problemas para sua saúde. Sendo assim, gostaríamos de te garantir uma avaliação médica e apoio da Equipe de Saúde da Família, para melhorar sua qualidade de vida e sua disposição diária.

Nossa proposta é de lhe dar todas as informações, para que você decida o que quer fazer. Sugerimos que você diminua aos poucos a dosagem do medicamento, que **não pode ser retirado de uma só vez**, pois como benefício de deixar o uso do mesmo você terá uma melhora, na sua qualidade de vida. Com a diminuição das doses do medicamento ou mesmo a retirada total você perceberá os seguintes benefícios: melhora na qualidade do sono; melhora da concentração; melhora na disposição e energia durante o dia e melhora da memória e do raciocínio.

Estamos preparados(as) para intervir e lhe ensinar novas estratégias, para lidar com a insônia, o nervosismo e a irritação que você pode estar sentindo.

Atenção: nunca interrompa o uso de forma bruta, discuta a retirada da medicação com seu/sua médico(a).

Você poderá escolher, depois dessas explicações, continuar o uso do medicamento ou diminuir aos poucos esta medicação e deixar de ser dependente dela, e para isto você poderá contar com o apoio de toda a Equipe de Saúde da Família.

Busque o máximo de informações, para lidar com o que você sente, só assim você irá realmente, cuidar de sua saúde!!!

Equipe Saúde da Família

APÊNDICE I – Modelo de carta informativa para especialista

Caro(a) profissional da saúde,

Gostaríamos de lhe informar que o/a paciente que você acompanha participou do estudo sobre saúde mental de homens e mulheres, na Estratégia Saúde da Família (ESF), que teve como objetivo: investigar como homens e mulheres estão sendo atendidos(as) e quais os tratamentos e medicamentos estão sendo utilizados, quando apresentam algum sofrimento mental. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa UNESP-Assis com número 006/2009.

Sendo assim, gostaríamos de lhe pedir que discuta os riscos e benefícios da continuação dos medicamentos benzodiazepínicos. Tal sugestão baseia-se nas considerações elaboradas pela Sociedade Brasileira de Sono que construiu o I Consenso Brasileiro da Insônia (2002)⁵, fazendo orientações à comunidade médica brasileira que seguem os principais estudos na área de insônia. As orientações estão listadas abaixo:

- É desaconselhada a prescrição contínua de benzodiazepínicos, por mais de três meses, podendo implicar em riscos, tais como: alteração da atenção, dificuldade de aprendizagem, concentração e memória, dependência, risco de sofrer acidente e quedas e dificuldade no trabalho.
- Na abordagem ao tratamento da insônia, faz-se necessário não apenas focalizar na insônia, mas principalmente:
 - sintomas diurnos e noturnos;
 - doença de base;
- Diagnóstico da insônia com detalhada história de sono que inclua:
 - Queixas específicas, condição pré-sono, tipo e evolução da insônia, fatores perpetuantes, comorbidades, uso de substâncias, padrões do ciclo sono-vigília e demais sintomas vinculados ao sono.
 - Podem ser utilizados instrumentos auto-aplicáveis como questionários, diários de sono (antes, durante e após tratamento em caso de acompanhamento à longo prazo), listas de sintomas, bem como podem ser utilizados os testes psicológicos e entrevista com o cônjuge.
- Os tratamentos a serem oferecidos devem ser:
 - Tratamentos não-farmacológicos (restrição do sono, controle de estímulos, terapia cognitiva, técnicas de relaxamento e higiene do sono)
 - Tratamentos farmacológicos:
 - devem ser instituídos junto a um acompanhamento para a aprendizagem de novos hábitos por parte do paciente que deverá contar com informações sobre: alvos terapêuticos e expectativas; normas de

⁵ SOCIEDADE BRASILEIRA DE SONO. I Consenso Brasileiro de Insônia. Dalva Poyares, Sergio Barros Vieira, Sergio Tufic (Orgs.). Revista Hypnos, 2002.

segurança na utilização do medicamento; potenciais efeitos colaterais e interações medicamentosas; outras modalidades terapêuticas terapia comportamental e cognitiva; potenciais de aumento de posologia; insônia rebote.

- Devem ser feitos esforços, no sentido de manter a menor dosagem efetiva da medicação, e, quando as condições permitirem, deve-se buscar a descontinuação da droga, de forma gradual e monitorada pelo(a) médico(a).
- Para a descontinuação da droga a utilização de psicoterapia cognitivo-comportamental facilita o processo de retirada gradual da dose medicamentosa. Porém, considera-se que nos casos de insônia severa e refratária ou comorbidade crônica, o uso crônico do medicamento pode ser indicado, sendo que se deve avaliar a eficácia, os efeitos colaterais e exacerbação dos sintomas.
- Para o uso crônico podem ser utilizadas prescrições para uso diário, intermitente (três noites por semana) ou quando a pessoa sentir necessidade.

A reavaliação clínica deve ocorrer, periodicamente, até que os sintomas de insônia estejam controlados, e depois a cada seis meses, devido ao risco de recaída.

Após essas considerações gostaríamos de esclarecer que a Equipe de Saúde da Família está preparada para apoiar às/aos pacientes que porventura desejarem iniciar um protocolo de retirada gradual da medicação, ensinando novas estratégias, para lidar com a insônia, o nervosismo e a irritação que podem advir neste processo.

Caso você queira encaminhar seu/sua paciente, para participar desta estratégia para retirada gradual de medicamento benzodiazepínico, pedimos que você envie relatório médico, por meio de seu/sua paciente, para a Equipe de Saúde da Família que o/a acompanha.

Ionara Vieira Moura Rabelo
Pesquisadora do Núcleo de Estudos sobre Violência e
Relações de Gênero_ NEVIRG/UNESP.

APÊNDICE J – Protocolo para retirada de BZD

Passos para intervenção

1. Discutir, em reunião de Equipe, as informações que serão prestadas, elaborar cartas informativas para usuários(as) de BZD.
2. Entrega da carta, leitura, junto com paciente, discussão de todas as informações. Lembre-se de que são dois modelos de carta:
 - O modelo que você elaborou para entregar aos pacientes que recebem a prescrição, apenas do(a) médico(a) do PSF;
 - O modelo a ser entregue para pacientes que são atendidos por outros especialistas da saúde (neurologistas, psiquiatras, cardiologistas).
3. Estimular que cada paciente do PSF faça a redução gradual do medicamento. Atenção: não orientar redução para aqueles(as) pacientes que são atendidos por especialistas (neurologistas, psiquiatras, cardiologistas).
4. Anotação em prontuário de todas as intervenções, junto aos pacientes.
5. Visita domiciliar duas vezes na semana (nos 2 primeiros meses), para anotação de diário de sono e passar dados para Enfermeiras anotarem em prontuário.
6. Anotação em caderno da ACS de todas as intervenções com cada paciente, bem como o que cada paciente definiu como projeto e repassar para anotação em prontuário.
7. Após 2 meses da entrega da Carta:
 - Reavaliar quais pacientes necessitam acompanhamento médico sistemático (consultas semanais), para redução gradual supervisionada.
 - Anotar os critérios de escolha, para encaminhamento para médicos.
 - Anotar os pacientes que estão conseguindo fazer a redução gradual sem necessidade de serem encaminhados, para as consultas semanais.
 - Anotar as estratégias que serão utilizadas com os dois grupos de pacientes (aqueles que continuam a reduzir por conta própria e aqueles que vão ter consultas médicas semanais para a monitorização da retirada).
 - Reavaliar quais pacientes de médicos especialistas trouxeram relatório médico, para a equipe de PSF. Anotar quais estratégias serão utilizadas com esses pacientes.
8. Após 4 meses da entrega da Carta e com 2 meses de Redução Gradual do Medicamento com supervisão médica semanal:
 - a. Avaliar quais pacientes precisam ser atendidos em grupo de apoio psicológico.
9. Março de 2011, Início de grupo com usuários(as)