

Jussara Mendonça Alvarenga¹

Karla Cristina Giacomini^{II,III}

Antônio Ignácio de Loyola Filho^{III,IV}

Elizabeth Uchoa^{III}

Josélia Oliveira Araújo Firmo^{III}

Uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos

Chronic use of benzodiazepines among older adults

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a percepção e motivação do uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos.

MÉTODOS: Estudo qualitativo desenvolvido com 22 idosos residentes em Bambuí, MG, sob uso de medicação benzodiazepínica e em condições clínicas e cognitivas para responder à entrevista. Os dados coletados foram analisados com base no modelo de “signos, significados e ações”.

RESULTADOS: As principais razões apontadas para o uso dos benzodiazepínicos foram “nervosismo”, “problemas de sono” e “preocupação”, decorrentes de problemas familiares, financeiros, dificuldades cotidianas e existenciais. Nenhum dos entrevistados referiu utilizar benzodiazepínicos acima das doses recomendadas nem foi alertado pelos profissionais acerca de quaisquer riscos sobre o seu uso continuado. Houve diversidade de estratégias na obtenção da prescrição do medicamento e qualquer médico fornecia a receita, o que indica que o vínculo é estabelecido com o medicamento e não com o profissional ou serviço de saúde. A obtenção e o consumo do medicamento tornam-se uma questão crucial, pois o benzodiazepínico assume a importância de um alimento essencial, que lhes permite não pensar e dormir. Oferece um alívio dos seus problemas, que incluem a consciência da finitude e da fragilidade humanas, dificuldades existenciais e familiares.

CONCLUSÕES: O benzodiazepínico assume características de polivalência entre os idosos, que extrapolam as indicações clínicas mais precisas, e de essencialidade para lidar com problemas da vida na velhice. Embora alivie o “nervoso”, o uso crônico de benzodiazepínicos tampona o sofrimento e impede a pessoa idosa de enfrentar o que ele representa. Isso mostra importantes dificuldades na organização e planejamento de estratégias necessárias para minimizá-lo nessa população.

DESCRITORES: Idoso. Benzodiazepinas, uso terapêutico. Medicamentos de Uso Contínuo. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Pesquisa Qualitativa.

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Centro de Pesquisas René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Assistência. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Centro de Pesquisas René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{IV} Departamento de Enfermagem Aplicada. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Josélia Oliveira Araújo Firmo
Av. Augusto de Lima, 1715 Barro Preto
30190-002 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: firmoj@cpqrr.fiocruz.br

Recebido: 10/6/2013

Aprovado: 26/5/2014

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the perception of and motivation for the chronic use of benzodiazepine among older adults.

METHODS: A qualitative study was conducted on 22 older adults living in Bambuí, MG, Southeastern Brazil, who were taking benzodiazepines and had the clinical and cognitive ability to respond to interview questions. The collected data were analyzed on the basis of the “signs, meanings, and actions” model.

RESULTS: The main reasons pointed out for the use of benzodiazepines were “nervousness”, “sleep problems”, and “worry” due to family and financial problems, everyday problems, and existential difficulties. None of the interviewees said that they used benzodiazepines in a dose higher than that recommended or had been warned by health professionals about any risks of their continuous use. Different strategies were used to obtain the prescription for the medication, and any physician would prescribe it, indicating that a bond was established with the drug and not with the health professional or healthcare service. Obtaining and consuming the medication turned into a crucial issue because benzodiazepine assumes the status of an essential food, which leads users to not think but sleep. It causes a feeling of relief from their problems such as awareness of human finitude and fragility, existential difficulties, and family problems.

CONCLUSIONS: Benzodiazepine assumes the characteristics of polyvalence among older adults, which extrapolate specific clinical indications, and of essentiality to deal with life’s problems in old age. Although it relieves the “nerves”, the chronic use of benzodiazepines buffers suffering and prevents older adults from going through the suffering. This shows important difficulties in the organization and planning of strategies that are necessary for minimizing the chronic use in this population.

DESCRIPTORS: Aged. Benzodiazepines therapeutic use Drugs of Continuous Use Health Knowledge, Attitudes, Practice. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

Introduzidos na prática clínica na década de 1960, os benzodiazepínicos representam uma classe de medicamentos com bom potencial ansiolítico e menores riscos de dependência, interação medicamentosa e morte, mesmo quando ingeridos em altas doses.³ Apesar disso, seu emprego deve ser cuidadoso, principalmente entre idosos, pois têm sido associados a quedas,¹⁵ exacerbação de declínio cognitivo e sedação,⁹ especialmente quando utilizados por períodos prolongados.

Estudos internacionais⁶ e nacionais¹ apontam elevada prevalência do consumo de benzodiazepínicos na população idosa, principalmente entre mulheres, diferença que costuma ser menos marcante entre idosos mais velhos.⁶ Norte-americanos⁶ tendem a confiar nos benzodiazepínicos por suas propriedades

tranquilizantes e sua eficiência no controle do estresse na velhice. Entre idosos brasileiros^{1,2} há o predomínio da utilização de benzodiazepínicos de meia vida longa associados a distúrbios de sono e ansiedade. O uso prolongado e sem acompanhamento especializado¹ foi significativamente maior entre mulheres e na presença de sintomas depressivos.² Estudo realizado com trabalhadores rurais²¹ apontou o uso de drogas psicotrópicas como atitude adotada diante do “problema de nervos”.

Conhecer qualitativamente¹⁷ o significado desse uso entre idosos é crucial para a organização dos serviços de saúde. O presente trabalho teve por objetivo analisar a percepção e motivação do uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos.

MÉTODOS

Estudo sob abordagem qualitativa, conduzido com idosos participantes do Projeto Bambuí (estudo prospectivo de base populacional), desenvolvido no município de Bambuí, MG. A coorte foi composta em 1997. Detalhes estão descritos em Lima-Costa et al¹⁶ (2000).

A pesquisa foi conduzida na área urbana de Bambuí, MG, com cerca de 23 mil habitantes. Segundo dados oficiais,^a a população do município experimenta urbanização intensa desde 1950 (a população rural passou de 84,0%, em 1950, para 15,0%, em 2010) e envelhecimento acelerado, com a proporção de idosos quintuplicando em 50 anos. Um terço da população encontra-se em estado de pobreza.^a A população idosa tem origem rural, baixa escolaridade e forte influência da religião católica.¹¹

Inexistem instituições de longa permanência para idosos no município.¹¹ A rede pública de assistência à saúde conta com seis unidades básicas de saúde (UBS) e cada uma conta com uma equipe de saúde multiprofissional (um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e seis a sete agentes comunitários de saúde) que integra a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Também compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) local: um Centro de Saúde, uma unidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, dois hospitais – um estadual e um municipal – e o Posto Avançado de Estudos Emanuel Dias (Fiocruz), que atualmente serve para coleta de exames laboratoriais e acompanhamento de pessoas cronicamente afetadas pela Doença de Chagas.

Os idosos para o estudo foram selecionados entre os participantes do sétimo segmento do Projeto Bambuí, sendo critérios de inclusão estar em uso de medicação benzodiazepínica e ter condições clínicas e cognitivas de responder à entrevista.

O modelo dos signos, significados e ações, desenvolvido por Corin et al,⁵ foi utilizado na coleta e análise dos dados. O modelo permite a sistematização dos elementos do contexto que participam da construção da maneira de pensar e de agir dos idosos com relação ao uso de benzodiazepínicos.

Com origem na definição *geertziana* da cultura, esse modelo busca a sistematização dos diversos elementos do contexto que influenciam a concretização de lógicas culturais.¹⁰ Para Geertz,¹⁰ a cultura é um universo de símbolos e significados que permite a um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações. Assim, cada comunidade constrói de maneira específica o seu universo de problemas, marcando alguns, privilegiando essa ou aquela explicação e encorajando certo tipo de reações. Esse método⁵ procura identificar os signos, os

significados atribuídos a esses signos e as reações que desencadeiam. Uchôa²⁴ entende que a experiência da doença não pode ser considerada simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo. Deve ser concebida como uma construção cultural que se expressa em “maneiras específicas de pensar e agir”. Kleinman¹³ enfatiza que a experiência da doença e os comportamentos a ela associados variam substancialmente de uma sociedade para outra, o que é mais importante que a doença propriamente dita. Essas experiências, subjetivas e do mundo interior das pessoas, são construídas a partir de representações culturais sobre a pessoa, a subjetividade, o corpo, o mundo e a vida. Todas essas representações contribuem para modular a experiência da doença de pessoas singulares.⁵ A sustentação desse entendimento está na ideia de que a percepção dos profissionais quase sempre está ligada aos conhecimentos biomédicos, enquanto a percepção da população estaria ligada a uma rede de símbolos articulando conceitos biomédicos e culturais.^{4,24}

Foram realizadas 22 entrevistas na residência dos idosos para reconstruir o universo de representações (maneira de pensar) e de ações (maneiras de agir) associadas ao uso de benzodiazepínicos. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas e transcritas, sempre iniciadas pela pergunta: “O(a) sr(a). fez uso de alguma medicação nos últimos três meses?”. Em caso de resposta positiva, seguiu-se a pergunta: “O(a) sr(a). se lembra de quais foram essas medicações?”. Foram exploradas questões relacionadas ao uso e à percepção do idoso em relação ao medicamento a partir das respostas dadas às perguntas iniciais.

A leitura atenta das entrevistas transcritas buscou identificar unidades significativas e criar categorias analíticas para a construção de um esquema de codificação. Analisaram-se o conteúdo e a interação entre as diferentes categorias e subcategorias, identificando-se dessa forma: os signos e os significados que os idosos atribuíam à medicação benzodiazepínica e ações tomadas em consequência da sua utilização.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisa René Rachou segundo o protocolo 18/2010 (CAAE: 0018.0.245.000-10). Os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 22 idosos estudados, quatro eram homens e 18 mulheres, em sua maioria, casados ou viúvos, com filhos, e de baixa renda. Seis eram analfabetos, três entrevistadas tinham mais de oito anos de escolaridade e os demais entre um e cinco anos completos de estudo.

A obtenção do benzodiazepínico (medicamento controlado) está condicionada à posse de prescrição médica,

^a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados gerais e informações estatísticas da cidade de Bambuí. Rio de Janeiro; 2010.

conforme disposto na legislação pertinente. As prescrições foram feitas por médicos não psiquiatras, uma vez que a cidade não contava com esse especialista à época. Outros estudos apresentam a mesma prática.¹⁸

O benzodiazepínico mais relatado foi o Clonazepam, seguido de Bromazepam, Lorazepam ou Diazepam. O nome comercial da medicação foi omitido para preservar a confidencialidade.

Os participantes relataram consumo crônico do medicamento (de seis meses a 40 anos); nenhum utilizou benzodiazepínicos acima das doses recomendadas pelas diretrizes clínicas e farmacológicas, embora tenham relatado trocas do tipo de benzodiazepínico consumido.

Nervo controlado, alívio garantido

Os participantes, oriundos de classes populares e muitos da zona rural, associaram o “nervoso” como a causa das suas dificuldades para dormir:

“Ele [o medicamento] foi passado pelo estado de nervoso que a gente sentia. Porque meu marido adoeceu, nós fomos para (uma cidade próxima) (...) gastamos o que tínhamos e o que não tínhamos. (...) Foi preciso passar um calmante. (...) me levaram no médico e ele passou para mim o Clonazepam. Deu certo. Eu não dormia.” (F16, 74 anos, viúva, usa há 22 anos)

“Ah, eu sou muito nervosa. Se eu ficar nervosa, aí acabou: eu não durmo. Tem dia que a gente fica nervosa à toa. Outra hora a gente pensa muito assim na velhice da gente, nos filhos esparramados (...).” (F13, 76 anos, casada, usa há 20 anos)

Ao falar sobre o seu “nervoso”, um homem explicou que ele e a filha tomavam o mesmo remédio:

“É estado de nervo também, coitada. O povo é tudo nervoso. E não dá demonstração de jeito nenhum. É tudo alegre.” (M3, solteiro, 74 anos, usa há quatro anos)

Essa “falta de demonstração” mostra uma estratégia da classe trabalhadora, que apresenta uma atitude espartana diante do sofrimento, expressando-o de forma diferente.⁴ Indagados sobre o motivo do uso da medicação, homens e mulheres apontaram “nervo”, “nervoso”, “desatino”, que revelam problemas de sono, preocupação com a família, morte de entes queridos, dores, como nestes relatos:

“Porque eu não estava dormindo. (...) Não sei se é porque eu fico pensando, a vida, a gente fica sozinha. Tem dia que não aparece uma pessoa aqui para conversar comigo. Quando aparece tem vez que é pra amolar.” (F10, 86 anos, solteira, dois anos de utilização)

“Tive um trem ruim, doente, um colosso de calombo no corpo. (...) Fiquei naquela preocupação. Não dormi. Aí ele receitou esse remédio. (...) Não senti mais nada.” (F4, 69 anos, casada, usa há seis meses)

“Fico nervoso; então o médico receitou para mim, para dormir. Passava a noite sem dormir, aquele nervo, aquele desatino.” (M4, 73 anos, casado, usa há 15 anos)

Os entrevistados esclareceram que procuram o alívio rápido que experimentam “no espaço de meia hora” (M4) e a possibilidade de “não pensar” (F4) no “nervoso” que os aflige e de conseguir dormir. Mas houve quem usasse sem referir dificuldades para dormir:

“Eu durmo bem. É só mesmo por causa da cabeça. Porque para gente velho, um tranquilizante a gente suporta melhor as dores, os problemas... Não é que eu seja nervosa, que eu tenho necessidade...” (F8, 68 anos, casada, usa há mais de cinco anos)

Esta senhora argumentou:

“Falam que eu tomo remédio demais; eu falo: ‘Gente, abaixo de Deus, é o remédio que vai levando a vida da gente’.” (F13, 76 anos, casada, 20 anos de uso)

Esses idosos procuram e encontram no benzodiazepínico uma poderosa estratégia para lidar com o “nervoso” e conviver com os problemas da vida. Duarte⁸ compreende “os nervos”, código de expressão privilegiado das perturbações das classes populares brasileiras, como uma representação relacional da pessoa com o seu contexto de vida, diferente daquela de certos segmentos sociais mais afinados com a visão ocidental, psicologizada e biomedicalizante da psiquiatria. Esse autor atribui ao código do nervoso uma verdadeira e integrada representação físico-moral da pessoa que somente pode existir dentro de uma configuração cultural específica, e questiona o reducionismo biomédico do termo “doença mental”. Sua leitura médico-antropológica do nervoso contrapõe-se às teorias: a) biomédica, segundo a qual tais fenômenos referem-se meramente à expressão orgânica da doença mental; b) psicologizante, que os vê como expressão das emoções e do psiquismo individual; e c) sociológica, que os encara como reflexo de conflitos de classe e ou de gênero e da dominação deles decorrente.⁸ Toda a literatura etnográfica, interpretativa e estatística sobre o nervoso tem alguma relação com a questão do trabalho e da reprodução social.⁸

Considerando a interdependência entre gênero e classe social, embora historicamente se reconheça uma divisão de papéis e espaços – ao homem caberiam funções exercidas no espaço público e externo, enquanto a mulher fica predominantemente destinada ao privado e doméstico –, isso foi profundamente modificado com a saída da mulher para o trabalho.^{8,19,23} Entretanto, não

se observaram diferenças marcantes na compreensão de homens e mulheres quanto ao uso crônico da medicação. Talvez porque homens e mulheres estivessem fora do mundo do trabalho: eles aposentados; elas, donas de casa que, em sua maioria, nunca trabalharam fora.

Admitindo que o problema que motivou o uso do remédio não existe mais, esta mulher diz por que não é capaz de interrompê-lo:

“Eu não estava dormindo nem [me] alimentando. Eu só pensava nas consequências, porque ele (o filho) bebia, os outros judiavam dele. (...) Parou de beber e eu melhorei. (...) Eu acho que esses remédios é... [sic] tipo uma droga (...) Você vicia naquele remédio. Então eu queria passar um dia sem tomar, para ver se eu durmo. (...) só de pensar que não vou tomar, eu acho que não vou dormir. (...) Não deixo acabar. A cartela ali tem uns dez ainda...” (F12, 89 anos, viúva, utiliza há mais de dois anos)

Apesar de o medicamento significar “uma droga” que “vicia”, os entrevistados não relataram o consumo em doses ou frequência abusivas. Avaliação positiva semelhante foi observada em estudos nacionais²⁰ e internacionais.²¹ Quanto aos efeitos negativos da medicação:

“Eu piorei bastante, o mal-estar, o desânimo (...) então eu sou meio cismada. Eu falei: ‘eu vou cortar o remédio’ (...) pensando em fazer uma experiência. Vou tirar e eu aviso para o médico que eu tirei, porque não pode ficar bebendo remédio assim a torto e a direito.” (F8, 68 anos, casada, usa há mais de cinco anos)

O uso continuado não provoca qualquer temor:

“Tem muito tempo que eu uso este remédio e não tenho problema nenhum.” (M3, 74 anos, solteiro, usa há quatro anos)

“Nada de negativo (...) eu acho que eu não posso parar. Porque eles estão me fazendo bem: eu não conversava com ninguém, não sabia conversar direito, era uma coisa horrível.” (F1, 75 anos, viúva, mais de cinco anos de uso)

O uso de benzodiazepínicos não se restringe apenas aos seus efeitos bioquímicos, mas à interação social e cultural^{4,8} presente no campo de fala dos idosos. Evidências semelhantes de significativa dependência psicológica, concomitante à subestimação ou negação de potenciais efeitos colaterais dos benzodiazepínicos, foram detectadas entre idosos norte-americanos mais velhos, com grande resistência à suspensão da medicação.^{6,7}

“É melhor ficar sem o arroz que ficar sem ele (benzodiazepínico).” (F16, 74 anos, viúva, usa há 22 anos)

Ao procurar ajuda, os idosos recebem a prescrição de medicamento para acalmar, que possivelmente utilizarão indefinidamente, pois, em suas falas, os signos “alívio”, “bondade”, “não pensar” referem-se aos efeitos percebidos do benzodiazepínico. Diante das dificuldades existenciais, esse “alívio” pode ser tão importante quanto o “arroz” de cada dia. Configura-se, portanto, um quadro de uso crônico do medicamento semelhante ao apontado por Rozemberg:²¹ o remédio serve como uma “prótese química”, que controla um estado de perturbação – o “nervoso” – e oferece uma espécie de compensação em face da ausência de perspectivas. O benzodiazepínico assume a importância de um alimento essencial e serve para paliar a consciência da própria finitude e da fragilidade humana diante do envelhecimento, da solidão, dos problemas da família, situações para as quais não veem saída.¹¹ Para os idosos, importa mais a disponibilidade do profissional que fornece a receita do que o seu conhecimento especializado:

“Eu não tenho médico certo. (...) qualquer um passa (o benzodiazepínico) pra gente.” (F16, 74 anos, viúva, 22 anos de uso)

Na maioria dos casos, sequer houve necessidade de realização de consultas médicas regulares, pois “qualquer um” fornece a receita. Resultado semelhante foi observado junto a trabalhadores rurais brasileiros.⁵ O acesso à prescrição depende mais das relações pessoais e familiares e ou da mediação de funcionários do próprio serviço de saúde, um processo nem sempre simples:

“Quando preciso de uma receita, eu nem vou lá (ao serviço de saúde). Ela [funcionária do serviço] já sabe. Eu telefono, ele entrega para a secretária dele, uma senhora que mora bem aqui pertinho, ela traz pra mim e eu continuo.” (F1, 75 anos, viúva, mais de cinco anos de uso)

“Tem dias que elas [funcionárias do serviço] estão boazinhas, entram lá e o médico passa, carimba lá a receita para a gente. Outro dia elas estão meio nervosas e a gente marca a consulta.” (F16, 74 anos, viúva, usa há 22 anos)

Essa diversidade de mecanismos e estratégias para a obtenção do benzodiazepínico indica que o vínculo não se estabelece com o profissional ou o serviço de saúde, mas com o próprio medicamento. A exigência da apresentação da prescrição é compreendida pelos entrevistados como um obstáculo e não como um cuidado.

“O médico passou só uma vez e eu continuei (...). O benzodiazepínico eu não pegava (no posto), eu comprava (...) depois o farmacêutico não quis (vender sem receita) (...) Ele falou: ‘agora tem que ser com receita médica’. (...) se tivesse outro farmacêutico sem consulta médica, eu ia comprar ele.” (F7, 70 anos, casada, usa há dois anos)

Esses dados confirmam os de outro estudo¹⁸ em que os idosos relataram facilidade na aquisição da medicação, obtenção da prescrição sem necessidade da consulta médica formal ou orientação médica sobre os cuidados necessários durante o tratamento.

Contrariando a literatura médica que enfatiza principalmente os riscos do uso de benzodiazepínicos na população idosa,^{3,9,15} nenhum dos participantes refere qualquer tipo de alerta a esse respeito. Apenas uma senhora relatou que sua filha foi alertada pelo “homem da farmácia” de que esse remédio não seria apropriado para uma pessoa idosa. Estudo finlandês realizado com idosos usuários crônicos mostrou que a orientação sobre os riscos envolvidos no seu consumo reduziu o uso regular de benzodiazepínicos em 35,0% e aumentou entre aqueles que não receberam a mesma orientação.²² Tais intervenções foram mais eficientes entre os idosos mais jovens e mulheres.²² Cook et al^{6,7} observaram que idosos com maior frequência diária de uso de benzodiazepínicos e maior ansiedade eram menos predispostos a reduzir dosagens ou a programar a interrupção da utilização de benzodiazepínicos nos Estados Unidos. Quanto à razão para não interromper esse remédio, duas mulheres revelaram a orientação recebida:

“Tem dia que eu falo com ele (o médico) (para parar de tomar), mas ele é custoso. Ele manda eu tomar de novo.” (F7, 70 anos, casada, usa há dois anos)

“Não sei. Por que ele é faixa preta? É porque a pessoa não tem cura, será? (...) Falam: ‘Pode largar de tomar aquele remédio’. Eu falo: ‘Foi o médico que passou’. (...) Eu tenho vontade (de parar). Já falei com ele [o médico]: ‘Doutor, eu não aguento essa quantidade...’ [referindo-se ao que ouviu do prescritor] ‘Não tô te perguntando se tem ou se não tem, vai comprar o remédio e vai tomar’ (risos).” (F10, 86 anos, solteira, dois anos de utilização)

Além disso, o profissional médico não respondeu suas dúvidas quanto à medicação:

“Eu não sei se é dessa medicação, já falei com ele (médico), ele não falou nada.” (F10, 86 anos, solteira, dois anos de utilização)

Essa dificuldade na comunicação aponta o confronto entre cultura laica – do “nervoso” – e a cultura profissional quase completamente afastada do modelo nervoso e comprometida com algumas versões do saber

psicologizado contemporâneo sobre a pessoa.¹⁹ Os riscos de divergência são maiores quando o contorno dos problemas é mal definido e sujeito a múltiplas leituras e condutas, como é o caso dos problemas de saúde mental.¹³ A interrogação acerca do sentido da doença, em particular, não se reduz à informação médica, pois as relações entre saber médico e concepções do senso comum podem estabelecer-se nos dois sentidos, sem dependência em sentido único, mas com “vaivéns” entre o pensamento erudito (do profissional) e o pensamento de senso comum.¹²

Ofertas e demandas de serviços situam-se em um espaço de negociação potencial que determina em larga medida a decisão de interromper ou de continuar um tratamento e a maneira de responder a ele. Não considerando as convergências e distanciamentos entre os campos das percepções, expectativas e práticas dos populares e profissionais, os serviços correm o risco de não corresponderem às necessidades das populações assistidas.¹³

CONCLUSÕES

Entre os idosos, o “nervoso” – essa condição perturbadora, intangível e incurável que representam seus problemas existenciais e familiares, que lhes tira o sono e o sossego – encontra “alívio” no uso crônico de benzodiazepínicos. O bem-estar que o medicamento provoca “vicia” e se torna tão indispensável quanto o “arroz” de cada dia, mesmo que não solucione os problemas de fundo que dizem respeito ao seu contexto de vida. Tudo isso revela dificuldades no planejamento de estratégias para minimizar o uso crônico dessa medicação, pois, ao tratar o “nervoso” como uma doença, o serviço de saúde tampona a dor da vida, ao mesmo tempo em que impede a pessoa de enfrentar e tentar resolver suas dificuldades.

Esse cenário demanda reflexão acerca de políticas públicas que deem suporte ao profissional e proporcionem outras formas de cuidado e de escuta interessada acerca do significado do “nervoso” subjacente. Isso para que essas drogas lícitas deixem de ser acrítica e indefinidamente prescritas a uma população sabidamente vulnerável aos seus efeitos adversos.

Caso contrário, resta aos idosos continuar indo aos serviços de saúde para buscar receitas de “uma droga que vicia” que “qualquer um” passa e tomar benzodiazepínicos, indefinidamente, para conseguir “não pensar” e “dormir”.

REFERÊNCIAS

1. Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Firmo JOA, Lima-Costa MFF, Uchoa E. Prevalence and socio-demographic characteristics associated with Benzodiazepines use among community-dwelling older adults: results from the Bambuí study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;30(1):7-11. DOI:10.1590/S1516-44462006005000062
2. Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Firmo JOA, Lima-Costa MFF, Uchoa E. Estudo de base populacional sobre condições de saúde associadas ao uso de benzodiazepínicos em idosos (Projeto Bambuí). *Cad Saude Publica.* 2009;25(3):605-12. DOI:10.1590/S0102-311X2009000300015
3. Bueno JR. Emprego clínico, uso indevido e abuso de benzodiazepínicos – uma revisão. *Rev Debates Psiquiatr.* 2012;6-11. Disponível em: http://www.abp.org.br/download/revista_debates_9_mai_jun_2012.pdf
4. Boltanski L. Os usos sociais do corpo. São Paulo: Paz e Terra. 3.ed. 2004. As classes sociais e o corpo. p.102-9.
5. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Koumare B. Articulation et variations des systemes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine* 1992;24:183-204.
6. Cook JM, Biyanova T, Masci C, Coyne JC. Older patients perspectives on long-term anxiolytics benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study. *J Gen Intern Med.* 2007;22(8):1094-100. DOI:10.1007/s11606-007-0205-5
7. Cook JM, Biyanova T, Thompson R, Coyne JC. Older primary care willingness to consider discontinuation of chronic benzodiazepines. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29(5):396-401. DOI:10.1016/j.genhosppsy.2007.07.001
8. Duarte LFD. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: Alves PC, Minayo MCS, organizadores. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994; p.83-90.
9. Gage S B, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues J-F, Pérès K, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ.* 2012;345:e6231. DOI:10.1136/bmj.e6231
10. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Livro Técnico e Científicos Editora;1989.
11. Giacomini, K C, Santos, W J, Firmo, J O A. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. *Cienc Saude Coletiva.* 2013;18(9):2487-96. DOI:10.1590/S1413-81232013000900002
12. Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis.* 1991;1(2):23-36. DOI:10.1590/S0103-73311991000200002
13. Kleimman A. Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross cultural research or illness. *Br J Psychiatry.* 1987;151(4):44754. DOI: 10.1192/1bip.1514447
14. King M, Gabe J, Willians R, Rodrigo EK. Long term use of benzodiazepines: the views of patients. *Br J Gen Pract.* 1990;40(334):194-6.
15. Landi F, Onder G, Cesari M, Barillaro C, Russo A, Bernabei R. Silver Network Home Care Study Group. Psychotropic medications and risk falls among community - dwelling frail older people: an observational study. *J Gerontol A BiolSci Med Sci.* 2005;60(5):622-6. DOI:10.1093/gerona/60.5.622.
16. Lima-Costa MFF, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Barreto SM. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): Methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the Brazil. *Rev Saude Publica.* 2000;34(2):126-35. DOI:10.1590/S0034-89102000000200005
17. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo- Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad Saude Publica.* 1993;9(3):239-62. DOI:10.1590/S0102-311X1993000300002
18. Noto AR, Carlini EA, Mastroianni PC, Alvesa VC, Galduróz JCF, Kuroiwa W, et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(2):68-73. DOI:10.1590/S1516-44462002000200006
19. Oliveira AB, Roazzi A. A representação social da “doença dos nervos” entre os gêneros. *Psic Teor Pesq.* 2007;23(1):91-102. DOI:10.1590/S0102-37722007000100011
20. Orlandi P, Noto AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes- chave no município de São Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2005;13(Spe):896-902. DOI:10.1590/S0104-11692005000700018
21. Rozemberg, B. O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. *Rev Saude Publica.* 1994;28(4):300-8. DOI:10.1590/S0034-89101994000400010
22. Salonoja M, Salminen M, Aarnio P, Vahlberg T, Kivelä S-L. One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and relates drugs among community-dwelling older persons. *Age Ageing.* 2010;39(3):313-9. DOI:10.1093/ageing/afp255
23. Silveira ML. O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000, p. 61-82. (Coleção Antropologia e Saúde).
24. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saude Publica.* 1994;10(4):497-504. DOI:10.1590/S0102-311X1994000400010

Trabalho subvencionado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG – Processo CDS-APQ-00512-11) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – bolsa de produtividade – Processo 302614/2011-7). Baseado na tese de doutorado de Alvarenga JM, intitulada: “Projeto Bambuí: percepção do uso de benzodiazepínicos pela população idosa da cidade de Bambuí”, apresentada no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na área de concentração Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, em 2014. Os autores declaram não haver conflito de interesses.