

# Benzodiazepinas – prevalência de prescrição e concordância com os motivos de consumo

SUSANA CADILHE\*

## RESUMO

**Enquadramento:** Portugal tornou-se na última década o terceiro consumidor europeu de benzodiazepinas (BZ). A origem da sua prescrição é em 56% dos casos da responsabilidade do médico de família.

**Objectivos:** Determinar a prevalência de prescrição de BZ. Descrever as BZ prescritas e as características sócio-demográficas dos consumidores. Avaliar a concordância entre os principais motivos de consumo referidos pelo utente e os motivos da prescrição médica.

**Métodos:** Realizou-se um estudo analítico na população de utentes inscritos na USF Horizonte, com idade igual ou superior a 18 anos. Selecionou-se uma amostra aleatória (n=1.000). Estudou-se a relação entre a prescrição de BZ e idade, sexo, estado civil, situação profissional, escolaridade e número de consultas/contactos com a USF em 2001. Determinou-se quais as BZ prescritas, motivos de prescrição e de consumo. Avaliou-se a concordância entre os motivos de consumo apontados pelo utente e os motivos de prescrição médica.

**Resultados e discussão:** A prevalência de prescrição de BZ no ano 2001 foi de 14,8%, sendo sobreponível à encontrada noutros países.

Concordante com a bibliografia é também a preponderância do sexo feminino, o aumento com a idade e os motivos de consumo e prescrição (ansiedade, perturbação do sono e depressão).

A concordância entre o motivo referido pelo doente para o consumo e o motivo pelo qual o médico prescreve a BZ foi nula para a ansiedade e ligeira para a perturbação do sono e depressão. Estes resultados não foram objecto de análise ou investigação anteriormente.

**Palavras-Chave:** Benzodiazepinas; Prevalência; Prescrição; Consumo.

no consumo destes fármacos<sup>1</sup>.

A análise da literatura em relação à prevalência do consumo de BZ em diferentes países, apresenta valores muito díspares, o que parece estar relacionado com o tipo de estudo efectuado, a população estudada, o ano em estudo, definição de consumo de BZ, método de colheita de dados, entre outros<sup>2</sup>.

Em Portugal um estudo realizado em 1990 num Centro de Saúde da área de Lisboa, revelou que cerca de 23% dos seus utentes adultos consumia BZ com alguma regularidade, sendo a origem da prescrição em 56% dos casos da responsabilidade do clínico geral<sup>3</sup>.

As BZ são fármacos cuja eficácia foi demonstrada em ensaios clínicos para diferentes indicações, sendo eficientes quando o seu uso se realiza em condições adequadas.

O consumo agudo e crónico de BZ mostrou estar associado a efeitos laterais adversos nomeadamente, alterações cognitivas<sup>4</sup>, dependência<sup>4</sup>, quedas, fractura da anca<sup>5</sup> e acidentes de viação<sup>6</sup>. As autoridades de saúde de alguns países aconselham a limitação da sua prescrição por curtos períodos de tempo e apenas em situações restritas como a insónia aguda, ansiedade aguda e desintoxicação alcoólica<sup>7</sup>.

Conhecer os motivos do consumo, da sua prescrição e da relação entre es-

## INTRODUÇÃO

A extensa utilização de psicofármacos nos países desenvolvidos, tornou-se nos últimos anos objecto de grande preocupação e debate.

As benzodiazepinas (BZ) são daqueles o grupo mais utilizado. Nos últimos 10 anos verificou-se entre nós um aumento significativo do seu consumo, ocupando Portugal, no final da década de noventa, o terceiro lugar Europeu, apenas precedido pela Irlanda e Bélgica,

\*Interna de Medicina Geral e Familiar  
USF - Horizonte/Centro de Saúde de Matosinhos

tes poderá ser um meio de ajuizar o uso que fazemos destes fármacos e ponderar outras alternativas terapêuticas mais adequadas a cada caso.

Com este trabalho pretendeu-se estimar a prevalência da prescrição de BZ e avaliar a concordância entre os principais motivos de consumo referidos pelo utente e os motivos da prescrição médica. Pretendeu-se ainda descrever as características socio-demográficas dos consumidores e descrever as BZ prescritas.

## MÉTODOS

Foi efectuado um estudo analítico, com recolha de dados durante os meses de Agosto a Novembro de 2002, na Unidade de Saúde Familiar Horizonte (USF) pertencente à Unidade Local de Saúde de Matosinhos situada na Freguesia de Matosinhos, sede deste Concelho.

A população do estudo corresponde aos utentes adultos (idade igual ou superior a 18 anos completados em 2001) de ambos os sexos, inscritos na USF até Julho de 2002. Seleccionou-se uma amostra aleatória simples a partir da listagem de todos os inscritos com idade igual ou superior a 18 anos. A dimensão ideal da amostra calculada para uma proporção esperada de 20% com um nível de precisão de 2,5% e intervalo de confiança de 95%, correspondia a 945 utentes. A amostra real foi de 1.000 utentes, sendo o nível de significância considerado de 0,05.

Foi pedida autorização aos oito médicos da USF para a consulta dos processos clínicos dos seus utentes e colaboração no preenchimento de um questionário de auto preenchimento quando necessário.

A recolha de dados foi feita através da consulta dos processos clínicos dos utentes (folha de recolha de dados), de um questionário desenvolvido pela própria autora e aplicado por esta por

telefone aos utentes com prescrição de BZ (questionário B), e de um questionário de auto-preenchimento também elaborado pela autora, dirigido aos médicos em que no processo clínico do seu utente não constasse ou não fosse perceptível o motivo da prescrição da BZ (questionário C).

Foi efectuado um teste piloto com 5% do tamanho da amostra para avaliar a facilidade de leitura da informação contida nos processos e da sua qualidade como fonte de recolha de dados, tendo-se verificado a viabilidade deste.

Foram estudadas naquela amostra as seguintes variáveis: prescrição de BZ definida como pelo menos uma prescrição registada no processo clínico em 2001 (variável dependente); idade; sexo; estado civil (solteiro, casado, viúvo, divorciado ou separado, ignorado); situação profissional (trabalhador no activo, desempregado, reformado, dona de casa, estudante, outra situação, não aplicável, ignorado); escolaridade (analfabeto, sabe ler e escrever, ensino primário completo, ensino preparatório completo, antigo quinto ano ou equivalente, antigo sétimo ano ou equivalente, ensino médio completo, ensino superior completo, ignorado); número de consultas/contactos efectuados em 2001; BZ prescrita; motivo da prescrição e motivo de consumo (variáveis independentes). Quanto à situação profissional e escolaridade foi adoptada a classificação utilizada pela organização Médicos Sentinela. Sempre que estes dados não constassem no processo clínico dos utentes com prescrição de BZ, eram perguntados telefonicamente na altura da aplicação do questionário B.

Na folha de recolha de dados foram anotados os dados relativos ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, prescrição de BZ, qual a BZ prescrita, qual o motivo da prescrição (ansiedade, depressão, perturbação do sono, outros motivos psiquiátricos, epilepsia, relaxante muscular, não

consta no processo), número total de consultas/contactos realizados em 2001.

No questionário B era anotado o motivo de consumo apontado pelo utente (para estar mais calmo, para a depressão, para dormir, outro motivo psiquiátrico, para epilepsia, para as dores musculares, não sabe ou não se lembra).

No questionário C era anotado o motivo de prescrição segundo o médico (ansiedade, depressão, perturbação do sono, outros motivos psiquiátricos, epilepsia, relaxante muscular, motivo não esclarecido).

As respostas obtidas foram codificadas e registadas em suporte informático (Microsoft Excel do Windows XP®). Para análise dos dados utilizou-se o teste do Qui-quadrado para comparação das proporções, o teste *t-student* para comparar médias e o coeficiente de concordância Kappa para comparar os motivos de consumo de BZ com os motivos de prescrição médica, com o auxílio do programa informático SPSS 10.0® for Windows.

## RESULTADOS

Foram consultados os 1.000 processos clínicos dos utentes inscritos na USF-Horizonte pertencentes à amostra ini-

cial. A taxa de não resposta ao questionário B foi 3,3%, tendo estes sido excluídos da análise de concordância entre os motivos de consumo de BZ e o motivo da prescrição médica. Em 33% dos casos não era perceptível o motivo de prescrição, pelo que foi aplicado o questionário C com uma taxa de resposta de 100%.

A idade mínima dos utentes foi de 18 anos e a máxima de 98 anos, a idade média correspondeu a 42 anos com um desvio padrão de 17,50.

Relativamente à distribuição por sexo 48% tratavam-se de indivíduos do sexo masculino e 53% do sexo feminino. A distribuição da amostra por grupo etário e sexo encontra-se representada no Quadro 1.

A média de idades dos utentes do sexo masculino foi de 42 anos ( $\pm 16,36$ ) e 46 anos ( $\pm 18,30$ ) para o sexo feminino ( $p < 0,001$ ).

As características socio-demográficas da população em estudo estão representadas no Quadro 2.

O número mínimo de consultas/contactos em 2001 foi zero e o máximo 27, a média correspondeu a 3,19 com um desvio padrão de 3,91. Dos utentes sem prescrição de BZ, 36,2% não contactaram a USF Horizonte durante o período em estudo.

A prevalência de prescrição de BZ en-

QUADRO I

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA POR GRUPO ETÁRIO E SEXO

GRUPO ETÁRIO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		N	%
	N	%	N	%		
≥18-29	136	13,6	121	12,1	257	25,7
30-39	99	9,9	102	10,2	201	20,1
40-49	92	9,2	96	9,6	188	18,8
50-59	72	7,2	73	7,3	145	14,5
60-69	42	4,2	59	5,9	101	10,1
70-79	31	3,1	52	5,2	83	8,3
≥80	5	0,5	20	2,0	25	2,5
Total	477	47,7	523	52,3	1.000	100

**QUADRO II**

CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA		
	n	%
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	209	20,9
Casado	618	61,8
Viúvo	61	6,1
Divorciado/Separado	33	3,3
Ignorado	79	7,9
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	64	6,4
Sabe ler e escrever/ ensino primário completo	306	30,6
Ensino preparatório completo	68	6,8
Antigo 5º/7º ano completo	169	16,9
Ensino médio/ superior completo	62	6,2
Ignorado	331	33,1
<b>Situação Profissional</b>		
Trabalhador no activo	594	59,4
Desempregado	36	3,6
Reformado	159	15,9
Dona de casa	58	5,8
Estudante	19	1,9
Outra	3	0,3
Ignorado	131	13,1

contrada foi de 148‰ (n=148), e destes, a 14,2% (n=21) foi-lhes prescrita uma segunda BZ durante o ano de 2001.

As características dos utentes com prescrição de BZ estão descritas no Quadro 3.

A média de idades dos utentes do sexo masculino, com prescrição de BZ foi de 53 anos ( $\pm 16,40$ ) e de 41 anos ( $\pm 15,88$ ) para os utentes sem prescrição, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

A média de idades dos utentes do sexo feminino, com prescrição de BZ foi de 55 anos ( $\pm 18,48$ ) e de 44 anos ( $\pm 17,59$ ) para os utentes sem prescrição, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

Os resultados da análise bivariada em função da prescrição de BZ estão representados no Quadro 4.

**QUADRO III**

CARACTERÍSTICAS DOS UTENTES COM PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPINAS		
	n	%
<b>Grupo Etário</b>		
$\geq 18-29$	13	8,8
30-39	21	14,1
40-49	20	13,5
50-59	31	20,9
60-69	26	17,6
70-79	31	20,9
$\geq 80$	6	4,0
<b>Sexo</b>		
Masculino	49	33,1
Feminino	99	66,9
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	13	8,8
Casado	108	72,9
Viúvo	23	15,5
Divorciado/Separado	4	2,7
Ignorado	0	0,0
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	21	14,2
Sabe ler e escrever/ ensino primário completo	74	50,0
Ensino preparatório completo	15	10,1
Antigo 5º/7º ano completo	28	18,9
Ensino médio/ superior completo	9	6,1
Ignorado	1	0,6
<b>Situação profissional</b>		
Trabalhador no activo	72	48,6
Desempregado	8	5,4
Reformado	55	37,1
Dona de casa	12	8,1
Estudante	0	0,0
Outra	0	0,0
Ignorado	1	0,6

Não foi efectuada a análise bivariada em função da prescrição de BZ para as variáveis: estado civil, escolaridade e situação profissional, devido à elevada taxa de dados ignorados obtidos na população sem prescrição de BZ.

A prevalência de prescrição de BZ por grupo etário e sexo é representada na Figura 1.

QUADRO IV

## ANÁLISE BIVARIADA EM FUNÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPINAS

	Prescrição de BZ		Sem prescrição de BZ		Significado estatístico
	n	%	n	%	
<b>Grupo Etário</b>					
≥18-29	13	5,1	244	94,9	
30-39	21	1,4	180	89,6	
40-49	20	10,6	168	89,4	
50-59	31	21,4	114	78,6	
60-69	26	25,7	75	74,3	
70-79	31	37,3	52	62,7	
≥80	6	24,0	19	76,0	
Total	148	14,8	852	85,2	
<b>Sexo</b>					p < 0,001
Masculino	49	33,1	428	50,2	
Feminino	99	66,9	424	49,8	
Total	148	100	852	100	
Idade (anos): X±DP	55 ± 17,79		42 ± 16,81		p < 0,001
Nº consultas/contactos: X±DP	7,34 ± 4,77		2,46 ± 3,24		p < 0,001

X – média; DP – desvio padrão.

QUADRO V

## PRINCIPAIS BENZODIAZEPINAS PRESCRITAS

Benzodiazepinas	Duração de acção	n	%
Bromazepam	Intermédia	28	16,6
Alprazolam	Curta	26	15,4
Diazepam	Longa	20	11,8
Lorazepam	Curta	20	11,8
Loflazelato de etilo	Intermédia	19	11,2
Estazolam	Curta	12	7,1
Cloazolam	Intermédia	10	5,9
Outras		34	20,2

Foram prescritas no total 169 BZ de 14 tipos diferentes, descritas no Quadro 5. As BZ mais prescritas foram o bromazepam (16,6%), o alprazolam (15,4%), o diazepam juntamente com o lorazepam (11,8%) e o loflazelato de etilo (11,2%).

O grupo Outras inclui as BZ com frequência de prescrição inferior ou igual a 5,4%.

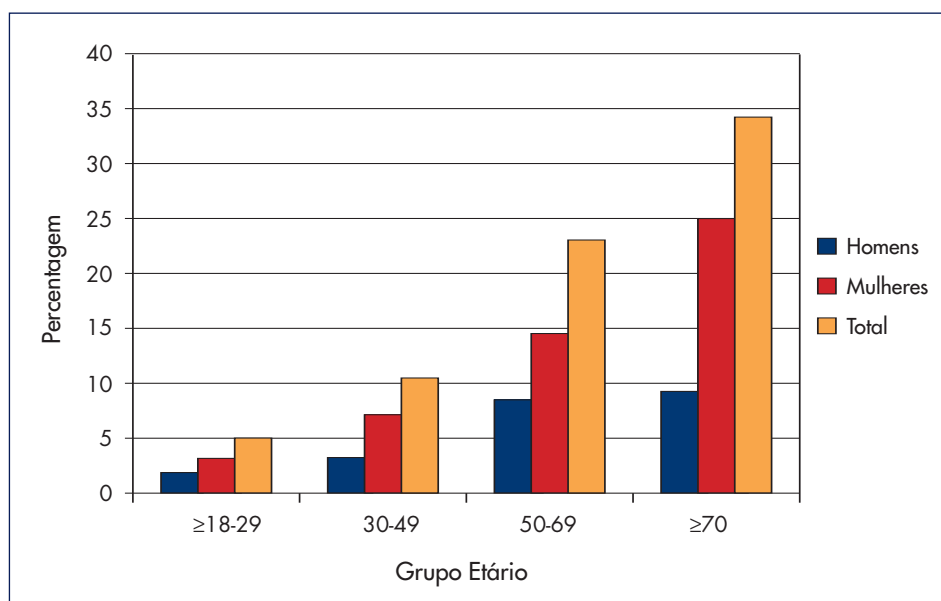
Relativamente à duração de acção, 41,4% tinham duração de acção intermédia (12-24h), 40,3% curta (6-12h) e 18,3% longa ( mais de 24h).

Os motivos de consumo e prescrição das BZ encontram-se representados no Quadro 6.

Em 35,2% (n= 56) das BZ prescritas, não constava no processo clínico o motivo da prescrição.

Não foi possível contactar telefonicamente 3,3% (n=5) dos utentes com BZ prescrita, dois destes com uma segunda BZ prescrita; foram, por isso, retirados da análise da concordância entre os motivos de prescrição e consumo das BZ que se encontra representada no Quadro 7.

O nível de concordância entre o motivo do consumo de BZ apontado pelo doente e o motivo da prescrição médica de BZ foi de 11,1% para a ansiedade, 22,0% para a depressão e 37,2% para a perturbação do sono.



**Figura 1.** Prevalência de prescrição de benzodiazepinas por grupo etário e sexo

#### QUADRO VI

##### PRINCIPAIS MOTIVOS DE CONSUMO E PRESCRIÇÃO DAS BENZODIAZEPINAS

	Motivo		Consumo		Motivo		Prescrição	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ansiedade	82	43,6	82	40,3	82	40,3	82	40,3
Depressão	17	9,9	17	8,3	33	16,2	33	16,2
Perturbação do sono	45	23,9	45	22,0	36	17,7	36	17,7
Outras	44	23,4	44	21,4	53	26,1	53	26,1

#### DISCUSSÃO

Importa referir que este estudo apresenta determinadas limitações. Em primeiro lugar o facto da colheita de dados ser baseada na consulta de processos clínicos, que é limitada pela fiabilidade e qualidade destes. Salienta-se contudo que na USF Horizonte todas as prescrições, nomeadamente as medicações crónicas dos utentes, são registadas no processo clínico, pois só desta forma poderá ser renovada pelos outros médicos da USF em situações de intersubstituição, o que poderá ter di-

minuído as omissões de registo.

É também importante referir que em relação ao modo de obtenção de BZ, a venda sem receita médica tem uma expressão significativa<sup>1</sup>, podendo o seu uso estar subestimado; no entanto, dada a existência de um sistema de renovação de medicação de acesso simples na USF, a maioria das prescrições crónicas de BZ poderão ter passado por um contacto com o Médico de Família pelo menos uma vez em 2001. Outro ponto a salientar é o facto de ser utilizado um questionário não validado, o que pode também originar um viés de medição. Contudo, foi efectuado um estudo piloto que permitiu ajustar algumas falhas do questionário, nomeadamente na elaboração da chave de preenchimento.

O facto dos dados em estudo se reportarem ao ano de 2001, poderá originar um viés de memória do utente e do médico (quando aplicado o questionário C).

QUADRO VII

ANÁLISE DA CONCORDÂNCIA ENTRE OS PRINCIPAIS MOTIVOS DE PRESCRIÇÃO  
E CONSUMO DE BENZODIAZEPINAS: ANSIEDADE, DEPRESSÃO E PERTURBAÇÃO DO SONO

Motivo Consumo	Motivo Prescrição		Total	Kappa
	Ansiedade	Não ansiedade		
Ansiedade	45	37	82	0,111
Não ansiedade	35	45	80	
Total	80	82	162	
	Depressão	Não depressão		0,220
Depressão	8	9	17	
Não depressão	24	121	145	
Total	32	130	162	
	Perturbação do sono	Não perturbação do sono		0,372
Perturbação do sono	21	24	45	
Não perturbação do sono	14	103	117	
Total	35	127	162	

Foi encontrada uma prevalência de prescrição de BZ em 2001 de 14.8%, sendo a sua distribuição por sexo e grupo etário distinta. A prescrição no sexo feminino é o dobro do masculino e esta aumenta a partir dos 50 anos. Estes resultados são concordantes com outros estudos internacionais anteriores<sup>12</sup>. A média de idades de consumo é igualmente superior para o sexo feminino.

Em relação aos factores socio-demográficos a proporção de viúvos, analfabetos e reformados parece ser superior entre os consumidores de BZ, o que está claramente relacionada com a elevada proporção de idosos entre estes.

Os consumidores de BZ são cerca de três vezes mais utilizadores de cuidados médicos e tal pode em parte ser explicado pelo facto de se tratarem de doentes idosos com outras co-morbilidades<sup>3,13</sup>.

A maioria das BZ prescritas foram os ansiolíticos com duração de acção intermédia (12-24h) e longa (mais de 24h) responsáveis por 59,7% das prescrições e os hipnóticos com duração de acção curta (6-12h), em 40,3% dos casos.

Estes resultados são também apoia-

dos pela bibliografia e podem ser reveladores do esforço que tem vindo a ser realizado pelos médicos em preterir as BZ de duração de acção longa, responsáveis em grande parte pelos efeitos adversos destas nos idosos<sup>5,6</sup> em relação às de duração de acção curta, apesar do maior risco de dependência destas<sup>13</sup>.

Os principais motivos de consumo foram a ansiedade (43,6%), perturbação do sono (23,9%) e a depressão (9,9%). Estes são também os principais motivos da prescrição embora a depressão seja ligeiramente superior (16,2%). Importa referir que em apenas 11,1% dos casos em que o motivo de prescrição foi depressão, a esta estava associado ansiedade como outro diagnóstico.

A concordância entre os motivos de consumo e da prescrição foi nula para a ansiedade (11,1%) e ligeira para a depressão (22,0%) e perturbação do sono (37,2%), tomando em conta que esta seria razoável para valores de 40-60% e boa para valores compreendidos entre 60-80%.

Estes resultados podem ser apenas o reflexo da percepção que o doente tem do efeito somático (acção calmante e

sonolência) produzido pela BZ, independentemente do diagnóstico médico inicial para o qual o tratamento foi iniciado, mantendo o doente o consumo independentemente do aconselhamento médico para o fazer ou não.

Um estudo realizado no Canadá<sup>14</sup> mostrou que o risco dos consumidores de BZ se tornarem consumidores crônicos aumenta com a idade e é independente do sexo, estado de saúde, presença de alterações cognitivas, tipo de BZ, ou características do médico prescritor.

Para aumentar ainda mais a contro-  
vêrsia, outro trabalho realizado na Holanda em 2001<sup>16</sup> definiu um perfil de doentes com risco duas a três vezes superior à população geral de se tornarem consumidores crônicos de BZ após um episódio agudo de consumo; teriam idade superior a 50 anos, antecedentes de tratamento psiquiátrico e/ou tratamento por abuso de álcool, antecedentes de asma, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial, doença dermatológica grave, prescrição de antipsicóticos ou antidepressivos.

O nível de complexidade de que se reveste a relação médico-doente, com fatores intervenientes a vários níveis, que interferem não só na interpretação das queixas do doente como na decisão de iniciar e manter a terapêutica<sup>15</sup>, também poderá ser uma causa para esta discordância.

São necessários mais estudos nesta área para identificar os motivos do consumo agudo e crônico destes fármacos, nomeadamente se a informação prestada ao doente quanto aos riscos/benefícios da sua utilização poderá alterar a prevalência da sua prescrição e consumo. Será interessante avaliar até que ponto a consciencialização e a responsabilização do doente face à medicação que lhe é proposta poderá modificar esta problemática.

## CONCLUSÃO

A prevalência de prescrição de BZ no ano 2001 foi de 14,8%.

O consumo de BZ pelo sexo feminino é duas vezes superior ao masculino e tem tendência a aumentar após os 50 anos.

Os utentes com prescrição de BZ procuram três vezes mais os cuidados médicos que os sem prescrição.

As BZ mais prescritas foram as de semi-vida intermédia com propriedades ansiolíticas e os hipnóticos.

Os principais motivos de consumo e prescrição foram a ansiedade, perturbação do sono e depressão.

A concordância entre o motivo referido pelo doente para o consumo e o motivo pelo qual o médico prescreve a BZ foi nula para a ansiedade e ligeira para a perturbação do sono e depressão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carmona R, Bicho C. Serão as benzodiazepinas a panaceia para todos os males dos portugueses? Boletim de Fármaco Vigilância, 1( 1º trimestre) 2001.
2. Zandstra SM, Furer JW, Lisdonk EH, Hof M, Bor JHJ, Weel C, Zitman FG. Different study criteria affect the prevalence of benzodiazepine use. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002; 37:139-44.
3. Maria.VA, Pimpão MV, M. Carvalho ML. Caracterização do consumo de benzodiazepinas em cuidados de saúde primários. Rev Port Clin Geral 1994; 11:99-114.
4. Lucki I, Rickels K, Geller M. Chronic use of benzodiazepines and psychomotor and cognitive test performances. Psychopharmacology 1986; 88:426-33.
5. Herings R, Stricker B, de Boer A, Bakker A, Sturmans F. Benzodiazepines and the risk of falling leading to femur fractures. Arch Intern Med 1995; 155:1801-7.
6. Barbone F, McMahon AD, Davey P G, Morris AD, Reid I C , McDevitt D G, MacDonald T M. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. Lancet 1998; 352:1331-6.
7. Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. Drugs 1994; 48: 25-40.



8. Mateo Fernandez R, Ruperez Cordero O, Hernando Blazquez MA, Delgado Nicolas MA, Sanchez Gonzalez R. Consumo de psicofármacos em atenção primária. *Aten Primaria* 1997; 19: 47-50.

9. Escrivá Ferrairo R, Perez Diez A, Lumbreras García C, Molina Paris J, Sanz Cuesta T, Corral Sanchez Ma. Prescripción de benzodiazepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor. *Aten Primaria* 2000; 25:107-10.

10. Garret J, Osswald W, Guimarães S. Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas. 3ª Edição; p. 104-116.

11. Infarmed. *Prontuário Terapêutico* 2. Março 2001.

12. Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF, Moore N, Bégaud B. Benzodiazepines use in the elderly community-dwelling population. *Eur J Pharmacol* 2001; 57: 419-25.

13. Tu K, Mamdani MM, Hux JE, Tu JB. Progressive trends in the prevalence of benzodiazepine prescribing in older people in Ontario, Canada. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:1341-5.

14. Egan M, Moride Y, Wolfson C, Monette J. Long-term continuous use of benzodiazepines by older adults in Quebec: prevalence, incidence and risk factors. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:811-6.

15. Bjorner T, Kjolsrod L. How GPs understand patients' stories. *Eur J Gen Pract* 2002; 8:25-30.

16. Zandstra SM, Furer JW, van de Lisdonk

EH, Bor JHJ, Zitman FG, van Weel C. Differences in health status between long-term and short-term benzodiazepine users. *Br J Gen Pract* 2002; 52:805-8.

#### Agradecimentos

Agradeço ao Dr. Jaime Correia de Sousa as sugestões e ajuda no tratamento estatístico dos dados e também a todos os médicos da Unidade de Saúde Familiar Horizonte, pela colaboração na recolha dos dados.

#### Endereço para Correspondência

Susana Maria Granja Cadilhe  
Tv. Dr. Fernando Aroso 25 4º Esq. Frt.  
4450-666 Leça da Palmeira  
E-mail: susanacadilhe@oninet.pt

Recebido para publicação em 22/07/03

Aceite para publicação em 10/09/03

#### ABSTRACT

**Setting:** Portugal has become, in the last decade, the third European consumer of benzodiazepines (BZ). In 56% of situations the prescription source is the family doctor.

**Aims:** To determine the prevalence of BZ prescription. To describe prescribed BZ and sociodemographic characteristics of users. To assess the concordance between main motives for use declared by the patient and the doctor's reasons for prescription.

**Methods:** A cross-sectional analytic study was performed. A random sample (n=1.000) of patients aged 18 or older from the Family Health Unit Horizonte was studied. The relation between BZ prescription and age, gender marital status, profession, educational degree and number of encounters in 2001 was studied. Type of BZ prescribed, and reasons for prescription and use were assessed. Concordance between reasons for prescription and use were studied.

**Results and discussion:** Prevalence of BZ prescription in 2001 was 14,8%, similar to that found in other countries. More females than males taking BZ, a rising use with age and with reasons both for use and prescription were found, which is in accordance with published results from elsewhere. There was no agreement between reason for use as stated by the patient and reason for prescription as stated by the family doctor for anxiety patients; agreement was slight for sleep impairment and depression.

**Key-Words:** Benzodiazepines; prevalence; prescription; drug use.