

# Benzodiazepinas: usos e abusos

JOSÉ A. MIRANDA

**P**ara além do panorama assustador de que são testemunhos os resultados de investigação disponíveis no nosso país acerca da prescrição e consumo de ansiolíticos e, nomeadamente, de benzodiazepinas em cuidados de saúde primários<sup>1</sup>, o estudo de Manuel Janeiro que se publica no presente número da RPCG<sup>2</sup> permite a passagem da simples análise dos números obtidos por investigação, meros indicadores de prescrição ou de consumo, para a consideração de factores de índole qualitativa relevantes para a compreensão desta problemática.

A partir de resultados que, curiosamente, se aproximam, quer numericamente<sup>3</sup>, quer na caracterização dos fármacos mais prescritos<sup>4</sup>, dos dados de referência conhecidos nomeadamente da literatura norte americana, o autor desenvolve, num excelente capítulo de Discussão, algumas ideias que, pela sua fecundidade, motivam a reflexão que propomos ao leitor.

## **Qualidade técnico-científica e prescrição adequada**

A proporção de 6% encontrada neste estudo, de doentes a quem foi feita prescrição de benzodiazepinas, é baixa quando comparada com os valores conhecidos entre nós<sup>1,2</sup>. Mesmo considerando, como propõe o autor do trabalho, a possível imprecisão metodológica que constitui a extrapolação de consumos a partir de prescrições, e aceitando como bom o possível viés resultante da diversidade de prescritores, parece

no entanto razoável aceitar aquele valor como válido, sobretudo quando tal validade pode ser sustentada pelo conhecimento da prevalência das perturbações de ansiedade na comunidade e pelos resultados quantitativos e qualitativos existentes já referidos<sup>3,4</sup>.

E assim, embora não exista um intervalo de tempo relevante entre as datas de colheita de dados deste estudo e do estudo de Vasco Maria e colaboradores<sup>1</sup>, em que 23% dos adultos consumiam benzodiazepinas, parece poder aceitar-se a diferença dos resultados como decorrendo da especificidade metodológica do presente trabalho, que constitui o retrato de uma única prática clínica por se basear num censo populacional dos utentes da consulta do autor.

Logo, mais do que as generosas explicações fornecidas, que remetem sobretudo a compreensão do resultado para as características socio-demográficas e económicas da população, aquele resultado de 6% pode ser visto como um indicador de qualidade técnico-científica da prática clínica estudada, sinal de prescrição adequada, e não apenas adaptada às necessidades dos doentes estudados. No mesmo sentido poderá interpretar-se o valor de 36% de tratamentos simples (prescrição de uma única embalagem do medicamento) encontrado.

Convirá ter presente que existem indicações precisas para a prescrição de benzodiazepinas<sup>5</sup> e alternativas a essa prescrição<sup>5,6</sup>, indicações e alternativas essas que devem ser conhecidas do médico de família e que o autor justamente refere<sup>2</sup>. Nomeadamente, os problemas relacionados com a tolerância a este tipo de fármacos<sup>5,7,8</sup>, ou as clássi-

cas associações entre o uso de benzodiazepinas e o risco aumentado de quedas com fractura do colo do fémur<sup>9</sup> ou de acidentes de viação<sup>10,11</sup>, bem como a problemática da adição, do abuso e da dependência, ou a consideração da vertente económica são devidamente enfatizados no trabalho<sup>2</sup>.

Finalmente, o facto de se verificar neste estudo que a prescrição foi iniciada pelo médico de família em apenas 42% dos casos pode considerar-se de algum modo um argumento a favor da presunção de qualidade da prescrição estudada. Não deixa a propósito o autor de, com toda a pertinência, referir a importância de outros prescritores, nomeadamente da área dos cuidados primários, como responsáveis pelo início de terapêuticas com benzodiazepinas. Tais considerações permitem-nos aprofundar a reflexão sobre os resultados quantitativos do estudo, transportando o seu horizonte para além do campo específico da qualidade, que até aqui nos ocupou.

#### **Prescrição (in)adequada, organização dos serviços e ética**

Em rigor, a verificação de que um médico de família iniciou a prescrição de benzodiazepinas em apenas 42% dos casos pode ser interpretada, como se disse, como indicador de qualidade da prática clínica: afinal, mais de metade dos tratamentos com estes fármacos são iniciados por outros profissionais, médicos de cuidados primários em serviços de urgência, médicos hospitalares, psiquiatras, etc.

Importa porém assinalar que, subjacentes a esta interpretação estão considerações de natureza ética: ao assinalar este facto estamos a remeter a responsabilidade moral pelos eventuais malefícios associados à prescrição inadequada para fora da esfera de influência directa do médico cuja prática clínica é objecto de estudo. Esta interpretação encontra habitualmente justificação em dois tipos de argumentos:

a demonstração de disfunções no sistema de saúde, através da constatação de formas de desorganização dos serviços, e a invocação de queixas de instrumentalização do prescritor por parte de outros médicos ou dos próprios pacientes, numa escalada de procura e consumo inadequados dos cuidados médicos e, naturalmente, portanto, também da prescrição medicamentosa.

Porém, o mesmo resultado pode ser apreciado sob uma outra perspectiva quando se pergunte por que razão o médico de família inicia a prescrição em apenas 42% dos casos. Por outras palavras, por que razão fez o médico a prescrição a todos os seus pacientes em que, não tendo sido prescrita uma única embalagem do medicamento, a iniciativa de prescrever não foi sua?

Deste ponto de vista, a consideração implícita da responsabilidade moral, que na interpretação anterior era remetida para o campo do paciente (procura inadequada e/ou abuso de fármaco), é transferida para o campo do médico prescritor<sup>12</sup>, e passa a poder falar-se de prescrição inadequada e/ou abuso de prescrição. Ou seja, do estudo do comportamento de procura de droga<sup>13</sup>, cujo objecto é o paciente, passamos para o estudo do abuso de prescrição<sup>14,15</sup>, cujo objecto é o médico.

Seria pois interessante neste contexto, e na sequência dos vários apelos e sugestões de investigação feitos pelo autor no trabalho que serve de ponto de partida para a nossa reflexão<sup>2</sup>, fazer nomeadamente o estudo dos vários mecanismos eventualmente associados ao estado de abuso de prescrição médica entre nós.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Maria VA, Pimpão MV, Carvalho ML. Caracterização do consumo de benzodiazepinas em Cuidados de Saúde Primários. *Rev Port Clin Geral* 1994;11:99-114.
2. Janeiro MS. Prescrição de benzodiazepinas numa extensão rural do Baixo

Alentejo. *Rev Port Clin Geral* 2000;16: 361-77.

3. Salzman C, for Task Force on Benzodiazepine Dependency, American Psychiatric Association. Benzodiazepine dependence, toxicity, and abuse: a task force report of the American Psychiatric Association. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1990

4. American Druggist. Top 200 drugs of 1995. New York: Hearst Corp; 1996.

5. Longo LP, Johnson B. Addiction: Part I. Benzodiazepines—Side Effects, Abuse Risk and Alternatives. *Am Fam Physician* 2000; 61:2121-8.

6. Longo LP. Non-benzodiazepine pharmacotherapy of anxiety and panic in substance abusing patients. *Psychiatric Annals* 1998;28(3):142-53.

7. Kales A, Scharf MB, Kales JD. Rebound insomnia: a new clinical syndrome. *Science* 1978;201:1039-41.

8. Schneider-Helmert D. Why low-dose benzodiazepine-dependent insomniacs can't escape their sleeping pills. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78:706-11.

9. Herings RM, Stricker BH, de Boer A, Bakker A, Sturmans F. Benzodiazepines and the risk of falling leading to femur fractures. Dosage more important than elimination half-life. *Arch Intern Med* 1995;55:1801-7.

10. Hemmelgarn B, Suissa S, Huang A, Boivin IF, Pinard G. Benzodiazepine use and the risk of motor vehicle crash in the elderly. *JAMA* 1997;278:27-31.

11. Barbone F, McMahon AD, Davey PG, Morris AD, Reid IC, McDevitt DG, et al. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet* 1998;352:1331-6.

12. Brett AS. Inappropriate requests for treatments and tests. In: Sugarman J, editor. *Ethics in Primary Care*. New York: McGraw-Hill; 2000. p. 3-11.

13. Longo LP, Parran T, Johnson B, Kinsey W. Addiction: Part II. Identification and Management of the Drug-Seeking Patient. *Am Fam Physician* 2000;61:2401-8.

14. Parran T. Prescription drug abuse. A question of balance. *Med Clin North Am* 1997;8:967-78.

15. American Medical Association. Balancing the response to prescription drug abuse: Report of a national symposium on medicine and public policy. Chicago: American Medical Association, Department of Substance Abuse; 1990.