

Prescrição de benzodiazepinas numa extensão rural do Baixo Alentejo

MANUEL S. JANEIRO

RESUMO

Objectivos: Caracterizar o padrão de prescrição de Benzodiazepinas (BZD) do Médico de Família (MF) e o perfil de consumo dos seus utentes.

Tipo de estudo: Descritivo, transversal e exploratório.

Local: Extensão rural de Vale de Vargo, do Centro de Saúde de Serpa.

População: Todos os doentes inscritos na lista do MF a quem foi prescrita pelo menos uma BZD no período de estudo, independentemente do prescritor.

Metodologia: Durante um ano ficharam-se os doentes, as datas das renovações da prescrição, a origem da prescrição e o número de comprimidos por embalagem. Calculou-se o consumo teórico entre a data da primeira e última prescrição.

Resultados: Prescreveram-se 17 BZD diferentes, a 70 doentes num total de 83 tratamentos.

Os doentes mais prescritos tinham mais de 55 anos. A prescrição nas mulheres foi superior à dos homens. As 4 BZD mais prescritas foram de semi-vida intermédia e responsáveis por 54% dos tratamentos. Prescreveram-se com apenas uma embalagem 36% dos doentes. A cerca de 73,3% dos tratamentos correspondeu um consumo mensal médio provável inferior a 10 Doses Diárias Definidas (DDD) para cada BZD. Apenas 5 doentes (6%) fizeram mais de 30 DDD/mês. O MF foi o maior prescritor mas iniciou menos de metade dos tratamentos e iniciou, significativamente, mais tratamentos curtos.

Conclusões: Comparando-se este trabalho com outros, conclui-se que é aceitável a percentagem de doentes da comunidade medicados com BZD no ano do estudo e que é baixo o padrão de consumo de BZD dos doentes medicados.

Palavras chave:

Prescrição; Consumo; Dependência; Benzodiazepinas; Medicina Geral e Familiar; Medicina Rural.

INTRODUÇÃO

O aparecimento das benzodiazepinas na década de 60 contribuiu muito para o tratamento específico dos distúrbios da ansiedade. Desde então, é numerosa a bibliografia médica que trata as vantagens e desvantagens do uso destes fármacos. Uma pesquisa na *Medline* revelou uma média de 22 trabalhos mensais referentes a BZD, nos anos de 1993 e 1994. O assunto extravasou os círculos estritamente cien-

tíficos e, através da difusão dos *media*, provocou grande interesse na opinião pública. Em alguns países, como nos EUA, foram tomadas medidas políticas específicas com vista à contenção do seu uso.

Nos EUA, em 1991, num estudo de Larson et al, 90% das prescrições de todas as BZD foram feitas por médicos dos Cuidados de Saúde Primários e não por psiquiatras¹, o que se compreende, uma vez que os distúrbios psiquiátricos da comunidade passam sobretudo pelos consultórios dos Clínicos Gerais (CG), mais que pelos consultórios de psiquiatria^{2,3}.

São de vária ordem as questões levantadas pelo consumo de BZD. Uma dizem respeito à tolerância, à dependência e ao síndrome de privação do consumidor; também ao aumento da incidência de problemas cardio-respiratórios, acidentes rodoviários, casos de intoxicação graves quando ingeridas com o álcool⁴, perturbações da memória⁵, aumento de acidentes domésticos e fracturas do colo do fémur⁶, principalmente nos idosos.

Outras dizem respeito à qualidade da prescrição por parte do médico; à subprescrição, mas sobretudo à sobreprescrição de BZD, igualmente importantes sob o ponto de vista clínico. Os médicos são muitas vezes acusados de receitarem pouco criteriosamente este tipo de fármacos, sob a pressão do *marketing* farmacêutico e dos doentes que

Manuel S. Janeiro

Assistente Graduado de
Medicina Geral e Familiar
Centro de Saúde de Serpa

exigem alívio para as suas queixas, muitas delas do foro psicossocial.

Num estudo de 1994⁷, realizado num Centro de Saúde da periferia de Lisboa, 23% dos adultos consumiam BZD com alguma regularidade. São valores superiores aos encontrados em 1981 para a prevalência do uso de BZD a nível nacional na Bélgica (17,6%), Holanda (7,4%) e que os estimados para os EUA (12%)⁸.

Em 1992 foram prescritas em Portugal 50 milhões de unidades de tratamento só de hipnóticos e em 1993, os ansiolíticos representaram 3,2% do encargo total com medicamentos no Serviço Nacional de Saúde (SNS)⁹. Em 1994 essa percentagem teria descido para 2,8% mas o grupo dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos ainda representaram 10,3% do total de embalagens prescritas e 4% das vendas das farmácias aos utentes do SNS¹⁰. Também em 1994 o consumo de ansiolíticos, por dia e por 1000 habitantes, foi cerca do triplo do dos sedativos e hipnóticos¹⁰.

Por outro lado são enormes as implicações económicas da prescrição de BZD. Portugal é o país da Comunidade Europeia (CE) que maior percentagem dos recursos de saúde gasta em medicamentos. Os seus 23,6% encontram-se muito longe dos 5,5% da Holanda, dos 11,5% da Inglaterra ou mesmo dos 13,8% da Espanha¹¹. É também o país em que maior percentagem do rendimento familiar é gasto em medicamentos, na parte não participada pelo Estado¹¹. Muitas das preocupações referentes aos gastos em saúde devem-se à falência anunciada do estado-providência. Entre as causas atribuídas à subida dos custos em saúde, o preço dos medicamentos figura entre as primeiras, a par do envelhecimento da população e do preço da tecnologia e da complexidade das práticas médicas.

As preocupações dos médicos com as consequências económicas dos seus ac-

tos são, presentemente, considerados deveres éticos¹².

Nesta perspectiva, pela actualidade, pela complexidade do problema e pelos artigos que ao longo dos anos têm saído na literatura médica, pensou-se necessário avaliar o padrão de prescrição de BZD do clínico geral e o padrão de consumo dos utentes da sua lista. As características rurais da freguesia, associadas a condições sócio-económicas muito desfavoráveis (envelhecimento, pobreza, emigração, desemprego, marasmo económico, interioridade e isolamento, entre outras) reforçaram a pertinência da avaliação do consumo de tranquilizantes pela sua população.

OBJECTIVOS

- Conhecer a população consumidora de BZD
 - Conhecer o padrão de prescrição do CG e de consumo dos doentes inscritos durante os doze meses de estudo.
- Este é um estudo transversal, descritivo e exploratório.

MÉTODOS

Entre Maio de 1993 e Maio de 1994 criou-se um ficheiro de todos os doentes a quem foram prescritas BZD na extensão de Vale de Vargo, do Centro de Saúde de Serpa. Em cada ficha constavam as seguintes variáveis:

- Nome do utente
- Idade
- Sexo
- N^o Proc familiar
- N^o de comprimidos /embalagem
- Fármaco
- Dosagem
- Dose diária definida (DDD)
- Datas das prescrições
- N^o de embalagens (grandes) prescritas

- Origem da prescrição
- Assistência psiquiátrica

Cada ficha foi iniciada pelo MF quando prescreveu, pela primeira vez, uma BZD a um doente e actualizada sempre que se renovava a prescrição da mesma BZD ao mesmo doente.

A dosagem é a de cada unidade terapêutica.

A DDD é a definida pela OMS para cada fármaco¹³.

A origem da prescrição pode ter sido no MF, consulta hospitalar, psiquiatria ou outro, como no SAP, médico particular, etc.

Foram assinalados os doentes que tiveram pelo menos uma consulta de psiquiatria no ano de estudo.

Após a informatização do ficheiro¹⁴ foi possível a partir das variáveis descritas calcular:

- Número de tratamentos com BZD
- Tempo de tratamento com cada BZD
- Total de embalagens, de comprimidos e miligramas de fármaco prescritos
- Taxa de consumo mensal
- Consideraram-se tratamentos simples os que corresponderam à prescrição de apenas uma receita de BZD ao mesmo doente no ano de estudo. Chamou-se tratamento renovado o que implicou a prescrição de mais de uma receita da mesma BZD ao mesmo doente.

Entendeu-se tempo de tratamento com uma determinada BZD o número de dias entre a primeira e a última prescrição (tratamento renovado). Assim, não foi possível determinar o tempo de tratamento aos doentes a quem foi passada apenas uma receita (tratamento simples).

A taxa de consumo mensal (TCM) é um indicador indirecto de consumo que parte do princípio que o doente consumiu de modo regular o que lhe foi prescrito durante o tempo de tratamento. É igual à média mensal de DDD prescritas durante o tempo de tratamento com cada BZD. A quantidade de fár-

maco prescrito na última receita não foi considerada no seu cálculo.

Dividiu-se o consumo em 5 categorias:

- Consumo baixo, se $TCM \leq 10$
- Consumo médio, se $TCM = [11,20]$
- Consumo alto, se $TCM = [21,30]$
- Consumo muito alto, se $TCM > 30$

Utilizou-se o teste t de *Student* para a comparação das médias e o X^2 com correcção de Yates nas variáveis comparadas em tabelas de contingência.

RESULTADOS

3.1 A população do estudo

Foram medicados 70 doentes da lista do MF, o que corresponde a 6% dos inscritos na lista de utentes que cobre 100% dos residentes da povoação. Destes, 3/4 são mulheres, não existindo, no entanto, uma diferença significativa na representação dos dois sexos em relação à sua proporção na lista de utentes ($X^2=1,37$). A classe modal nas mulheres é a dos 55 aos 64 anos, enquanto nos homens é a classe dos 65 aos 74 anos. A idade média dos doentes é de 61,37 anos com um desvio padrão de 14,47 anos. Não existe diferença significativa entre as médias de idades dos homens e das mulheres (t de *Student*=0,19). Na Figura 1 é visível que o aumento de doentes prescritos aumenta com a idade, diminuindo no último grupo etário.

3.2 As BZD prescritas

Diversos prescritores prescreveram aos doentes incluídos no estudo, 83 tratamentos com 17 BZD, listadas no Quadro I, por frequência decrescente de prescrição.

Verificamos que o diazepam, alprazolam, bromazepam e lorazepam foram os mais prescritos, respectivamente com 15, 11, 10 e 9 tratamentos. Estes quatro fármacos foram responsáveis por 54% dos tratamentos prescritos.

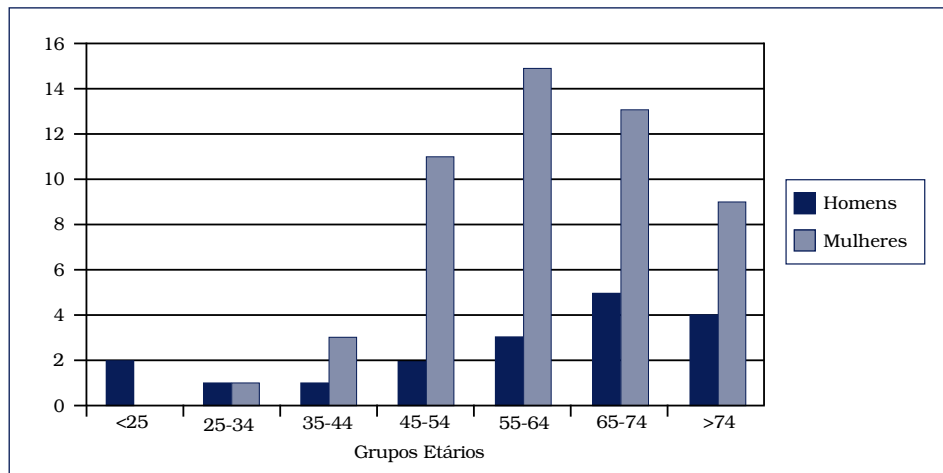


FIGURA 1 - População do estudo, por sexo e grupos etários

QUADRO I

BENZODIAZEPINAS PRESCRITAS

BZD	Nº tratamentos	t 1/2(h) [†] /Uso comum [‡]	Marca
Diazepam §	15	16 / A	Valium, Metamidol, Unisedil
Alprazolam	11	6-12 / A	Pazolam, Xanax
Bromazepam	10	12 / A	Lexotam, Ultramidol
Clozazolam	9	50 / A	Cloxam, Olcadil
Lorazepam	7	10-18 / A	Lorenim, Ansilor
Clorazepato	6	50 / A	Medipax, Tranxéne
Loprazolam	6	6-12 / H	Dormonoct
Loflazepato	5	24 / A	Victam
Clobazam	3	12-60 / AE	Castilium, Urbanil
Nitrazepam	3	15-38 / H, AE	Mogadam
Lormetazepam	2	10-12 / H	Loramet, Noctamid
Oxazepam	1	4-15 / A	Serenal
Mexazolam	1	72 / A	Sedoxil
Flunitrazepam	1	16 / PA	Rohypnol
Flurazepam	1	80 / A	Morfex, Dalmadorm
Midazolam	1	2-4 / H, PA	Dormicum
Triazolam	1	2-5 / H	Halcion
Total	83		

† Duração de acção: Longa, se tempo de semi-vida de 24 h ou mais; intermédia, se tempo de semi-vida de 12 a 24 h; curta, se tempo de semi-vida de 6 a 12h; muito curta, se tempo de semi-vida de 2 a 4 h.

‡ A: Ansiedade. AE: Antiepiléptico. H: Hipnótico. PA: Pré-anestésico.

§ Se bem que classificado como ansiolítico, o diazepam é útil como hipnótico em doses únicas e como anticonvulsivante.

O MF prescreveu 69% dos tratamentos com as quatro BZD mais prescritas por si: o cloxazolam, o diazepam, o bromazepam e o alprazolam, com respectivamente, 7, 6, 6 e 5 tratamentos.

3.3 BZD por doente

Da população em estudo, a 57 doentes prescreveu-se apenas 1 BZD e a 13 prescreveram-se 2 BZD. No primeiro grupo houve 40 mulheres (70%) e no segundo grupo 12 mulheres. Entre os dois grupos não foram significativas as diferenças entre as médias das idades ($t=0,61$), o sexo ($X^2=1,68$) e o tipo de tratamento efectuado ($X^2=1,43$). (Quadro II)

Os doentes a quem foi prescrita apenas uma embalagem foram prescritos sobretudo pelo MF ($p<0,005$).

3.4 Embalagens por tratamento

Dos 83 tratamentos prescritos, 30 (36,1%) foram tratamentos simples, ou seja, com apenas uma embalagem, enquanto 53 (63,9%) foram tratamentos renovados.

As mulheres foram maioritárias nos dois grupos: 25 e 39 respectivamente. Os doentes que fizeram tratamentos simples tiveram uma média de idade significativamente inferior aos que fizeram tratamento renovado ($X^2=4,38$;

$p<0,001$). Não existe diferença significativa entre os sexos ($X^2=0,55$) (Quadro III).

O MF prescreveu significativamente mais tratamentos simples ($p<0,025$).

3.5 Taxa de consumo mensal

Como vimos no ponto anterior, 36% dos tratamentos corresponderam ao consumo de apenas uma embalagem de BZD no ano de estudo. Trata-se, pois, nestes casos, de um consumo ocasional. Dos tratamentos restantes, em que houve a prescrição de mais de uma embalagem, 31 tratamentos (37,3% do total) tiveram um consumo médio igual ou inferior a 10 DDD/mês, pertencendo à categoria de «baixo consumo»; 11 tratamentos (13,3%) tiveram um consumo «médio» de 11 a 20 DDD/mês; 6 tratamentos (7,2%) tiveram um consumo «alto» de 21 a 30 DDD/mês; apenas 5 tratamentos (6%) excederam 30 DDD/mês. Em todas as categorias as mulheres fizeram mais tratamentos que os homens. A soma dos consumos «alto» e «muito alto» foram 13% do total dos tratamentos prescritos (Quadro IV).

As distribuições dos tratamentos que correspondem apenas a uma prescrição e os que definem consumos baixos são praticamente sobreponíveis. Juntas

QUADRO II

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE BZD PRESCRITAS E A IDADE, SEXO E TIPO DE TRATAMENTO

1 BZD (n=57)	2 BZD (n=13)	Teste	Valor de p	
Idade±DP*	60,96±15,12	63,11±10,34	t= 0,61	NS
Sexo				
Masculino	17	1		
Feminino	40	12	$X^2=1,68$ †	NS
Tratamento				
Simples	22	8		
Renovado	35	5	$X^2=1,43$ †	NS‡

† Qui-quadrado com correcção de Yates

‡ NS: não significativo.

* DP: desvio padrão

QUADRO III

DISTRIBUIÇÃO DOS TRATAMENTOS, A IDADE E O SEXO

	Tratamento simples (n=30)	Tratamento renovado (n=53)	Teste	Valor de p
Idade±DP*	52,7±7,9	64,53±14,67	t= 4,38†	0,001
Sexo				
Masculino	5	14		
Feminino	25	39	X ² =0,55 ‡	NS§

† Teste t de Student para a comparação das médias;

‡ Qui-quadrado com correcção de Yates

§ NS: não significativo.

* DP: desvio padrão

QUADRO IV

TRATAMENTOS POR CLASSES DE CONSUMO

	Tratamento Simples	DDD/mês				Total
		1-10	11-20	21-30	> 30	
Homens	5	7	4	2	1	19
Mulheres	25	24	7	4	4	64
Total	30	31	11	6	5	83
%	36,1	37,3	13,4	7,2	6	100

QUADRO V

DISTRIBUIÇÃO DOS INÍCIOS DE TRATAMENTO

	Médico de Família	Outro médico	Psiquiatra	Hospital	Total
Nº de tratamentos	35	28	16	4	83
%	42%	34%	19%	5%	100%

constituem 73,3% dos tratamentos prescritos.

Não existe associação entre o número de BZD prescritas e as DDD/mês consumidas (X²=1,73).

Na figura 2 podemos comprovar a importância dos tratamentos simples nos grupos etários mais jovens mas também o peso dos consumos menores que 11 DDD/mês.

3.6 Quem iniciou o tratamento?

As origens da prescrição com BZD

são significativamente diferentes (X²=27,12; p<0,001). O MF iniciou significativamente mais tratamentos que qualquer outro médico (X²=9,78; p<0,01) (Quadro V).

Apenas 16 tratamentos foram iniciados em consultas de psiquiatria.

3.7 Tratamento psiquiátrico

Dos doentes estudados, 17 tiveram pelo menos uma consulta de psiquiatria durante o estudo. Fizeram um tratamento 10 doentes e dois tratamentos,

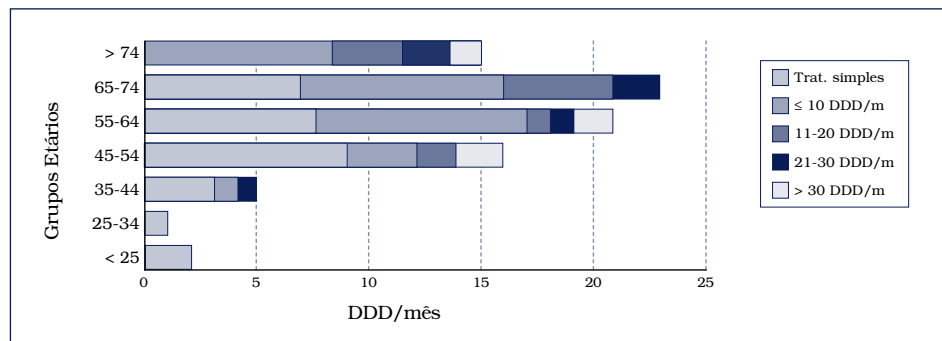


FIGURA 2 - Tratamentos simples e renovados, com os respectivos consumos (DDD/mês), por grupos etários

7 doentes. A estes doentes, 4 homens e 13 mulheres, correspondem 24 tratamentos com BZD. Destes, 16 foram iniciados pelo psiquiatra e 8 por outro prescriptor. Apenas 6 foram tratamentos simples, sendo renovados os restantes 18.

Os 18 tratamentos renovados, tiveram uma taxa de consumo mensal de 10, 4, 2 e 2 DDD/mês, respectivamente para os grupos de baixo, médio, alto e muito alto consumo; 3 foram prescritos a homens e 15 a mulheres.

DISCUSSÃO

Os dados existentes sobre a prevalência da ansiedade na comunidade são díspares variando com as sociedades e as épocas, parecendo dependerem sobremaneira dos critérios de diagnóstico utilizados nos estudos publicados. Carraça¹⁵ refere que sem utilizar a DSMIII, Weissman encontrou em New Haven, em 1978, uma prevalência pontual de distúrbios ansiosos de 4,3%¹⁵. Outros estudos apontam 2% nos EUA em 1943, 3,6% no Reino Unido em 1966 e 4,6% na Suécia em 1966¹⁶. As fobias e as neuroses ansiosas, mais frequentes nos Cuidados de Saúde Primários, e que parece estarem a ceder lugar às depressões e às perturbações de adaptação com humor ansioso, encontram-se em 8% dos doentes. O aumen-

to das mulheres nas consultas com esta patologia parece não corresponder à prevalência na população em geral onde haveria uma igualdade entre os sexos¹⁷.

Sabendo que nem todos os casos chegam aos consultórios da Clínica Geral, é grande, mesmo assim, o peso desta patologia nas causas de consulta dos Centros de Saúde, muitas vezes mascaradas com sintomatologia diversa que pode levar a um subdiagnóstico dos distúrbios da ansiedade. O uso de escalas como a de Goldberg pode ser útil para identificar esses distúrbios e precisar diagnósticos¹⁸.

Considera-se baixa a percentagem de utentes a quem foram prescritas BZD neste estudo. O valor de 6% está mais perto das prevalências de distúrbios ansiosos da comunidade do que das percentagens de medicação com BZD.

Como vimos, as percentagens de população consumidora variam, no ocidente, entre 7,4% e 17,6%⁸.

O valor de 6% encontrado neste estudo é indicativo, mas não deixa de ser relativo, porque houve tratamentos prescritos que não passaram pelo MF. A confirmá-lo está também o facto de 42% de tratamentos iniciados pelo MF neste estudo ficarem longe dos 90% encontrados por Larson et al. nos EUA. Mesmo ressaltando as diferenças históricas e de contexto, a diferença é grande. Esta diferença pode atribuir-se

à diversidade de prescritores possíveis que enviesará o estudo por defeito.

Todos os trabalhos apontam as mulheres como sendo maiores consumidoras de consultas que os homens, sobretudo nas últimas décadas de vida. Tal tem sido explicado por factores de ordem biológica, que se referem aos sintomas peri-menopáusicos e a outros de ordem social e cultural relacionados com o papel da mulher na sociedade.

Está fora do âmbito deste trabalho explicar os motivos porque vão as mulheres mais ao consultório que os homens, ou porque ali lhe são diagnosticados mais casos de ansiedade ou prescritas mais BZD. O nosso estudo apenas nos mostra que, apesar das mulheres terem sido mais prescritas com BZD que os homens, tal não representa uma diferença significativa em relação à proporção, de cerca de 50%, dos dois sexos na lista de utentes.

A grande variedade das BZD prescritas a este leque de doentes poderá justificar-se pela grande dispersão de prescritores, mais do que pela falta de critérios de prescrição, se nos lembrarmos que as quatro mais prescritas representaram mais de metade das prescrições e que 58% dos tratamentos não foram iniciados pelo MF.

O facto das BZD mais usadas serem de semi-vida intermédia poderá explicar-se pelo facto de ser grande a prevalência de quadros depressivos na lista de utentes cujo tratamento os aconselha, dispensando por seu turno, frequentemente, o uso de indutores do sono, pouco prescritos.

Considera-se aceitável que apenas 13 dos doentes tenham sido prescritos com 2 BZD, se atendermos à duração do estudo, às variedades das origens de prescrição e ao número relativamente elevado de doentes seguidos na psiquiatria. Mais de metade destes doentes passaram, de facto, pela Psiquiatria. Essas prescrições ou foram simultâneas, caso de um hipnótico e de uma

BZD de semi-vida intermédia, por exemplo, ou foram prescritas em momentos diferentes, pelo mesmo prescritor ou por outro diferente.

Não havendo associação entre o tipo de tratamento e o número de BZD tomadas, nega-se a hipótese de que o grande consumo se poderia traduzir por tratamentos renovados e mais que uma BZD prescritas.

Se focarmos a nossa análise não em quem tomou, mas como se tomou, nos tratamentos prescritos e nas vezes que cada doente renovou a receita da sua BZD, verificamos que apesar de predominarem os tratamentos renovados houve uma proporção relativamente alta de tratamentos simples (36,1%). Mais importância ganha o peso dos tratamentos simples se nos lembrarmos que foram feitos por 81% dos doentes do estudo. Estes tratamentos foram necessariamente curtos.

O aumento do consumo com a idade, manifesto na significância dos tratamentos simples nos mais novos, está de acordo com a experiência, mas surpreende-nos não existir maior consumo significativo no sexo feminino.

Avaliar o consumo a partir da prescrição é um método impreciso que utilizamos apenas devido à natureza exploratória deste trabalho. Poderá haver prescrições de fármacos que não foram tomados ou, pelo contrário, outros que foram tomados pelos doentes cuja prescrição foi feita fora deste estudo. Com estas limitações reconhecidas e a consciência dos vieses existentes, interpretamos com cautela os dados reais que temos referentes ao presumido consumo entre as prescrições.

Ao verificarmos que os tratamentos simples e os que têm uma taxa de consumo ≤ 10 DDD/mês são cerca de 3/4 dos tratamentos prescritos, somos levados a concluir que predomina na população em estudo um consumo irregular de BZD.

Como explicar estes consumos?

Poderemos adiantar hipóteses que dizem respeito ao MF, ao doente e ao meio social a que ambos pertencem e onde foi feito o estudo.

No primeiro caso, podemos admitir que a prescrição do MF, segundo determinados critérios, está adaptada às necessidades dos doentes da lista, que não necessitariam de mais BZD; mas também poderemos conjecturar que, atendendo à sensibilidade do MF para o uso criterioso das BZD, é possível que a sua insistência, no acto da prescrição, do uso ponderado deste tipo de fármacos com vista a minimizar a dependência, tenha como consequência a redução das tomas, quem sabe se exageradamente. Um trabalho posterior de diagnóstico rigoroso da ansiedade e de definição de critérios de qualidade de prescrição, poderá ajudar-nos a perceber melhor o que se passa a este respeito.

No que diz respeito ao doente, quem é MF em meio rural sabe como muitas pessoas associam a necessidade de medicação à existência de sintomas, de tal modo que a medicação é suspensa quando se sentem melhor. É frequente o sub-tratamento da depressão, da hipertensão ou da diabetes nas fases assintomáticas destas doenças. Pelo mesmo motivo, é provável que os doentes tomem BZD apenas nos dias em que se sentem pior; ou admitamos que os doentes estão bem informados sobre o medicamento que utilizam e fazem criteriosamente tratamentos curtos nos picos ansiosos. A investigação poderá responder-nos a estas questões.

Finalmente, o contexto social: na aldeia onde foi feito o estudo sente-se duramente a crise socio-económica do meio rural. A taxa de desemprego é das mais elevadas do país, há famílias que recebem ajuda alimentar, longe e perto de todo o mundo, o quotidiano rural reflecte a crise de valores do fim do milénio com reflexos nas famílias e no sentir individual. Restringindo a nossa análise

às dificuldades económicas das famílias, sabemos que muitos tratamentos prescritos não são cumpridos pelo motivo crú de falta de dinheiro. O baixo consumo de BZD poderá estar significativamente relacionado com a falta de poder de compra dos doentes. Mais uma vez, a resposta a estas hipóteses encontra-se na investigação.

O elevado número de doentes que frequentou a consulta de psiquiatria pode realcionar-se com a elevada prevalência de depressão na comunidade e a boa acessibilidade das consultas de psiquiatria no Centro de Saúde de Serpa. Se bem que o consumo dos doentes psiquiátricos não difira do da população do estudo, será porventura um dos resultados mais enviesados, uma vez que não entraram no estudo as prescrições feitas nessas consultas.

Os dados sobre quem iniciou os tratamentos confirmam o resultado de outros que reconhecem o MF como principal prescriptor de BZD. Contudo, o MF, sendo o maior prescriptor apesar de iniciar apenas 43% dos tratamentos, leva-nos a conjecturar sobre a importância do SAP na prescrição nos «outros» 34% dos tratamentos, uma vez que a clínica privada tem muito fraca expressão no concelho.

É necessário continuar a investigação sobre a prescrição e consumo de fármacos na lista de utentes e a orientar a terapêutica por critérios de rigor validados pela comunidade científica internacional. Atendendo às incertezas que surgiram relativamente à utilização das BZD, apesar do conhecimento crescente que temos sobre este tipo de fármacos e ao seu baixo consumo na lista, deverão continuar a ser usados métodos adjuvantes do tratamento de ansiedade, como a educação e a relaxação, comprovadamente eficazes¹⁹. O doente tem o direito de ser informado sobre os efeitos e eventuais riscos da terapêutica que lhe é prescrita. Essa in-

formação deve ser fornecida por todos os prestadores de serviços de saúde, faz parte da negociação terapêutica e é garante do seu êxito. Medidas simples dos CG, como o envio de uma carta aos doentes explicando os riscos e benefícios da toma de BZD, poderão levar à diminuição do seu uso, mesmo em populações idosas²⁰.

As BZD continuam a ser fármacos indispensáveis no tratamento de certas formas de ansiedade e a merecer a confiança dos doentes e dos médicos.

A intensa investigação a que o uso das BZD tem sido sujeita, tem ajudado a precisar os limites da sua utilização e a torná-la cada vez mais segura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lyons JS, Larson DB, Hromco J. Clinical and economic evaluation of benzodiazepines. A value analysis. *PharmacoEconomics* 1992 ; 2 (5): 397-407.
2. Goldberg D, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *BMJ*, 1970; 2: 439-43.
3. Goldberg D, Huxley P. Mental Illness in Community. The pathway to Psychiatric Care. London. Tavistock Publications. 1980.
4. Drummer OH, Syrjanen ML, Cordner SM. Deaths involving the benzodiazepine flunitrazepam. *Am J Forensic Med Pathol*. 1993 Sep; 14(3): 238-43.
5. Chaves ML, Bianchin M, Peccin S, Rotta F, Jardim C, Gianlupi A et al. Chronic use of benzodiazepines and cognitive deficit complaints: A risk factor study. *Ital J Neurol Sci*. 1993 Set; 14(6): 429-35.
6. Ryyanen OP, Kivela SL, Honkanen R, Laippala P, Saano V. Medication and chronic diseases as risk factors for falling injuries in the elderly. *Scand J Soc Med*. 1993 Dec; 21(4): 264-71
7. Maria VA, Pimpão MV, Carvalho ML. Caracterização do consumo de benzodiazepinas em Cuidados de Saúde Primários. *Rev Port Clin Geral* 1994; 11:99-114.
8. Balter MB. Continuing special analyses of data from the National Prescription Audit of IMS America, Ambler, PA, 1984.
9. Ribeiro CA. Informação Terapêutica. *INFARMED* 1994; Ano III, nº1.
10. Vassangi S, Silva EA, Abreu AP. Assimetrias regionais no consumo de ansiolíticos e hipnóticos no SNS [dissertação]. *INFARMED*. Lisboa. 1994.
11. Taylor D. Prescribing in Europe - forces for change. *European Union of General Practitioners Reference Book* 1994/95. Ed Dr Norman Ellis 1994; London.
12. Martins G. «É falta ética grave o médico não se preocupar com o que gasta», *Notícias Médicas*, 22/3/1996, p.4, Ano XXV, nº 2338.
13. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index including Defined Daily Doses for plain substances*. Oslo: OMS, January 1993.
14. File-Maker Pro [programa de computador]. Versão Macintosh. Claris Corporation, St^a Clara/Califórnia, 1992.
15. Carraça IR. Perturbações da ansiedade. in Almeida JM, Nunes JM, Carraça IR, coordenadores. *Saúde Mental na Prática do Clínico Geral*. Instituto de Clínica Geral da Zona Sul 1994; p.28.
16. Marks L, Lader M. Anxiety states (anxiety neurosis): a review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1973; 156,3-18.
17. Casey, Patricia R. *A Guide to Psychiatry in Primary Care*. Wrightson Biomedical Publishing Ltd, Peterfield 1990; Hampshire.
18. Monton C, Perez-Echeverria MJ, Campos R, Garcia Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depression de Goldberg: una guia de entrevista eficaz para la deteccion del malestar psicico. *Attention Primária* 1993 Out 15; 12(6): 345-9.
19. Gilbert A, Owen N, Innes JM, Sansom L. Trial of an intervention to reduce chronic benzodiazepine use among residents of age-care accommodation. *Aust N Z J Med* 1993 Aug; 23(4): 343-7
20. Cormack MA, Sweeney KG, Hughes Jones H, Foot GA. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *Br J Gen Pract*. 1994 Jan; 44(378) : 5-8

Recebido em 07/08/96
Aceite para publicação em 12/10/00

Endereço para correspondência:

Manuel S. Janeiro
Centro de Saúde de Serpa
7830 Serpa
E-mail: Janeiro@mail.telepac.pt

PRESCRIPTION OF BENZODIAZEPINES IN A RURAL PRACTICE IN LOWER ALENTEJO**ABSTRACT**

Objectives: To characterise the benzodiazepine (BZD) prescription pattern of a family doctor (FD) as well as his patients' consumption profile.

Type of Study: Descriptive, cross-sectional, exploratory.

Site: Vale de Vargo rural practice (Serpa Health Centre).

Sample: All patients from the FD's roster to whom at least one BZD in the study period was prescribed, independently of the source of prescription.

Methods: Patients, prescription renewal dates, prescription sources, and number of tablets per package were all filed throughout one whole year. Tablet consumption was estimated between the dates of the first and the latest prescription.

Results: Seventeen different BZDs were prescribed to 70 patients for a total of 83 treatments. The patients with the most prescriptions were older than 55 years. Women received more prescriptions than men. The most often prescribed BZDs had an intermediate half-life and corresponded to 54% of treatments. Merely 36% of patients received prescriptions for one package only. An average monthly consumption probably lower than 10 Defined Daily Doses (DDD) for each BZD corresponded to around 73% of treatments. Only 5 patients (6%) took more than 30 DDD/month. The FD was the main prescribing source, although he initiated less than half of all treatments and started significantly shorter treatment courses.

Conclusions: In comparison with results from other studies, one may conclude that the proportion of patients in the community who received BZDs during the study year is acceptable. The BZD consumption pattern of treated patients is comparatively low.

Key-words:

Prescription; Consumption; Addiction; Benzodiazepines; Family Medicine; General Practice; Rural Medicine