



UNIVERSIDADE PORTUGALENSE

Joana Raquel Regalado Pinto

**O Consumo de Benzodiazepinas e os Efeitos das Intervenções
Psicológicas no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários**

Dissertação de Mestrado

Psicologia Clínica e Saúde

Orientador: Professor Doutor José Carlos Rocha

Setembro de 2013



Anexo 1 - *DECLARAÇÃO*

Nome: _____

Nº. do BI/CC: _____ Tel/Telem.: _____ e-mail: _____

Curso de Doutoramento/Mestrado em _____

Ano de conclusão: ____ / ____ / ____

Título da tese / dissertação

Orientador (es):

Declaro, para os devidos efeitos, que concedo, gratuitamente, à Universidade Portucalense Infante D. Henrique, para além da livre utilização do título e do resumo por mim disponibilizados, autorização, para esta arquivar nos respetivos ficheiros e tornar acessível aos interessados, nomeadamente através do seu repositório institucional, o trabalho supra-identificado, nas condições abaixo indicadas:

[Assinalar as opções aplicáveis em 1 e 2]

1. Tipo de Divulgação:

- Total.
 Parcial.

2. Âmbito de Divulgação:

- Mundial (Internet aberta)
 Intranet da Universidade Portucalense.
 Internet, apenas a partir de 1 ano 2 anos 3 anos – até lá, apenas Intranet da UPT

Advertência: O direito de autor da obra pertence ao criador intelectual, pelo que a subscrição desta declaração não implica a renúncia de propriedade dos respetivos direitos de autor ou o direito de a usar em trabalhos futuros, os quais são pertença do subscritor desta declaração.

Assinatura: _____

Porto, ____ / ____ / ____

AGRADECIMENTOS

É com grande alegria, satisfação e entusiasmo que chego ao fim de mais uma etapa na minha vida académica, profissional e pessoal. Este trabalho não teria sido possível sem a colaboração e a boa vontade daqueles a que agora me refiro com o peito cheio de gratidão por tudo o que fizeram por mim! Por toda a força! Por todo o carinho!

Assim, gostaria de agradecer em primeiro lugar, ao meu orientador, Professor Doutor José Carlos Rocha, por me ter recebido de braços abertos, a sua orientação sem igual, apoio, sugestões, sabedoria, frontalidade, ajuda, rigor e acima de tudo a sua total disponibilidade para ensinar com prazer, com certeza uma lição para a vida. O meu sincero agradecimento.

Agradeço ao Professor Doutor Miguel Ricou pela ajuda, pela atenção, pela colaboração, pelos conhecimentos partilhados e pelas palavras de incentivo nos dias em que as coisas não corriam da melhor forma.

Aos meus queridos pais, por tudo o que sempre fizeram por mim, por nunca terem deixado de acreditar em mim nem um segundo, por estarem sempre presentes com palavras de amor e apoio incondicional. O mundo deu-me algo que nem o sonho mais perfeito, belo, mágico me daria... Os melhores pais! A vossa querida filha!

Ao Miguel, por me fazer ver muitas coisas. Que tudo tem o seu tempo. Que tudo vem no seu tempo. Dar tempo necessário. Vivemos para sermos felizes. Errar e saber perdoar é amor.

À Mariana, por ser uma criança maravilhosa, linda, meiga e por me demonstrar que devemos sorrir sempre.

À minha querida, Inesoca, sem a ajuda dela não seria capaz, por todas as horas infindáveis de apoio, carinho. Por acreditar em mim até ao fim. E por ser a pessoa mais humilde e boa. Ao Zé pela ajuda preciosa.

À minha prima, Bebas, por ser a minha confidente, por me ajudar em todos os momentos, por estar com um sorriso para me receber e pela contribuição no meu estudo.

Ao meu primo, Fernandinho, por me compreender e ajudar nas partes mais difíceis e por estar sempre disponível para mim. Sem ele também não seria capaz.

A todas as minhas amigas, em especial as que acompanharam de perto o meu percurso, Speedy, Beijocas, Xabala, Lili, Vânia, Meias, Ana, Pingu, Silvia, Dé, Cristina Campos.

A todos os meus amigos, não posso deixar de mencionar os que estiveram lá para mim, Alex, Toni, Ricardo, Nuno e Pedro.

Agradeço à minha linda e unida família, por todos me apoiarem e demonstrarem um amor incondicional. Que orgulho!

E a todos aqueles que sei que perto ou longe, estão sempre comigo!

A todos, muito obrigada, do fundo do coração!

RESUMO

Esta investigação surgiu na tentativa de conhecer os hábitos de consumo de benzodiazepinas por parte dos utentes inscritos no Centro de Saúde de S. João. Também se pretende aprofundar o papel da psicologia nos cuidados de saúde primários, contribuindo para melhorar a saúde, aumentar a produtividade, diminuir os custos e ser uma alternativa ao consumo de fármacos. O uso inadequado de fármacos como as benzodiazepinas é um problema de saúde pública bem conhecido e por isso se torna particularmente relevante a sua monitorização e implementação de soluções adequadas.

Deste modo, este estudo tem como objetivo geral conhecer a realidade dos utentes no que toca ao consumo de benzodiazepinas, bem como a sua relação com o acompanhamento psicológico passado, atual ou futuro por parte dos mesmos. Assim, descrevemos os padrões de consumo passado, atual de benzodiazepinas, os motivos subjacentes ao consumo, a fonte de prescrição, os fatores de risco para o consumo, caracterização do consumo passado e atual como problemático (consumos superiores a 3 meses) e por último analisar o efeito da intervenção psicológica no consumo de benzodiazepinas. Posto isto, elaboramos três hipóteses que sustentam o nosso trabalho: 1) participantes com acompanhamento psicológico passado têm menos probabilidade de consumir atualmente benzodiazepinas do que aqueles que estão hoje em acompanhamento; 2) os utentes que consomem atualmente benzodiazepinas há mais de 3 meses foram menos acompanhados que os demais; 3) utentes que consomem atualmente benzodiazepinas e que não estão a ser acompanhados psicologicamente, estariam atualmente mais interessados em o fazer que os demais.

Para tal, foi construído um questionário de autoadministração, aplicado a utentes com mais de 18 anos nas salas de espera do Centro de Saúde. Responderam ao questionário 352 participantes, dos quais 258 mulheres e 92 homens. Cerca de metade possuía pelos menos o 9º ano de escolaridade e a média da idade corresponde a 47,81 (DP= 16,58).

Relativamente às hipóteses, as duas primeiras não foram confirmadas. A última hipótese foi confirmada ($p=.001$), há uma associação significativa entre o interesse atual em ter acompanhamento psicológico e participantes com consumo atual e sem acompanhamento. Ou seja, enquanto no grupo dos participantes sem consumo e sem acompanhamento, demonstram menos interesse em ter intervenção psicológica, já o outro grupo o interesse em usufruir de acompanhamento psicológico é maior.

Os resultados obtidos suportam estudos anteriores, ao apontar para um consumo excessivo de benzodiazepinas, com predominância de pessoas idosas e do sexo feminino.

Encontramos associação significativa entre o efeito da intervenção psicológica passada e o consumo de benzodiazepinas. Os utentes que já terminaram o acompanhamento psicológico ficaram a consumir menos benzodiazepinas, quando comparados com os utentes que ainda estão em acompanhamento.

Assim, torna-se importante aprofundar esta relação na medida em que o acompanhamento psicológico pode ser uma alternativa válida às intervenções farmacológicas e prioriza a pessoa como um ser único, com características únicas e que obtém em si o processo para a mudança.

ABSTRACT

This investigation emerged from the attempt of get to know the addiction of the Health Center S. João patients in benzodiazepines. As well as explore the psychology role on the primary health care in order to improve the health, increase the productivity, decrease the outgoings and be an alternative to the drugs consumption. The inappropriate use of the drugs like benzodiazepines it's a well-known problem of public health, so its monitoring and the adequate solutions implementations becomes extremely relevant.

This study aims to know the epidemiology of the consumption of benzodiazepines, as well as their relationship with the past, present or future psychological intervention. We describe the patterns of past and present benzodiazepines consumption, the underlying reasons for consumption, the source of prescription, risk factors for consumption, the kinds of over consumption (considering more than 3 months in a row having benzodiazepines) and finally analyze the effect of psychological intervention in benzodiazepines consumption.

We've found 3 hypothesis to support our investigation: 1) subjects whom have benefited from psychological intervention in the past are less likely to consume benzodiazepines in the present than those who are now in a psychological intervention process; 2) subjects who currently consume benzodiazepines for more than three months had less psychological intervention than others; 3) subjects who currently consume benzodiazepines and are not being monitored psychologically, would currently be more interested in doing that too.

A self-administration questionnaire was built and applied to users over 18 years in the waiting rooms of the Health Center. 352 participants completed the questionnaire, of whom 258 were women and 92 were men. About half had at least the 9th grade and the average age corresponds to 47.81 (SD = 16.58). Regarding assumptions, the first two were not confirmed. The last hypothesis was confirmed ($p=.001$). There is a significant association between current interest in having psychological intervention and participants with present consumption of benzodiazepines.

The results support previous studies point to the excessive consumption of benzodiazepines, predominantly elderly and female. We've found a significant association between the effect of psychological intervention in the past and consumption of

benzodiazepines. Subjects who have finished counseling were to consume less benzodiazepine, compared with patients who are still in current monitoring.

It is important to bring more knowledge to this relationship in that the psychological intervention can be a viable alternative to pharmacologic interventions and prioritizes the person as unique, with unique features whom gets in itself the process for change.

LISTA DE ABREVIATURAS

BZs	Benzodiazepinas
CSP	Cuidados de Saúde Primários
dp	Desvio-padrão
GABA	Ácido para-aminobutírico
GAD	Perturbação da Ansiedade Generalizada
GDR	Redução Gradual da Dose
INCB	<i>International Narcotic Control Board</i>
m	Média
N	Número total de indivíduos de uma amostra
NHSDA	<i>National Household Survey on Drug Abuse</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses
PNS	Plano Nacional de Saúde
RR (IC 95%)	Risco relativo com intervalo de confiança a 95%
SNC	Sistema Nervoso Central
X²	Teste qui-quadrado

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS

RESUMO	5
ABSTRACT	7
LISTA DE ABREVIATURAS	9
CAPÍTULO 1: BENZODIAZEPINAS – considerações gerais	13
1.1. Introdução - Breve História das Benzodiazepinas	14
1.2. Classificação das Benzodiazepinas.....	15
1.3. Indicações Terapêuticas	18
1.4. Motivos Subjacentes à Utilização das Benzodiazepinas.....	19
1.5. Efeitos Adversos das Benzodiazepinas.....	22
1.6. Prevalência de Consumo e de Consumos Problemáticos	24
1.7. Fatores de Risco para o Abuso e Dependência de Benzodiazepinas	27
1.8. Normas de Utilização das Benzodiazepinas	32
CAPÍTULO 2: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA nos Cuidados de Saúde Primários	35
2.1. Introdução - Prioridades nos Cuidados de Saúde Primários... ..	36
2.2. Os Contributos da Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários... ..	38
2.3. Variáveis Psicológicas relevantes para Consumo/Abuso/Dependência de Benzodiazepinas... ..	41
2.4. Efeitos da Intervenção Psicológica no Consumo de Benzodiazepinas	43
CAPÍTULO 3 - MÉTODO	50
3.1. Introdução	51
3.1.1. Pergunta de Partida	51
3.2. Objetivo Geral do Estudo	52
3.3. Objetivos Específicos	52
3.4. Metodologia	53
3.4.1. Participantes.....	54
3.4.2. Instrumento (s).....	57
3.4.3. Procedimentos.....	58
3.4.4. Análise dos dados	60
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS	61
4.1. Introdução	62
4.2. Descrição do Consumo dos Participantes no Estudo.....	63

4.3. Motivos Apontados como Subjacentes do Consumo Passado e Atual pelos Participantes	63
4.4. Fonte de Prescrição dos Fármacos.....	65
4.5. Caracterização dos Padrões de Consumo de Benzodiazepinas, nomeadamente, o Consumo Passado e o Atual.....	65
4.6. Caracterização do Consumo Passado e Atual considerado Problemático (>3 meses).....	68
4.7. Analisar os Fatores de Risco inerentes ao Consumo Atual e Consumo Problemático Atual de Benzodiazepinas	69
4.8. Analisar os Efeitos das Consultas de Psicologia Atuais nos Consumos Atuais destes Fármacos	72
4.9. As Hipóteses do nosso Estudo	73
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	77
5.1. Discussão dos Resultados face aos Objetivos.....	78
5.2. Discussão dos Resultados face às Hipóteses	81
5.3. Novos Contributos	82
5.4. Limitações.....	83
5.5. Direções futuras	83
CONCLUSÃO.....	84
BIBLIOGRAFIA	87

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Inquérito por Questionário

Anexo 2: Consentimento Informado Participantes do Estudo

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Apresentação dos grupos, subgrupos e compostos das benzodiazepinas.....	17
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos participantes no nosso estudo.....	57
Tabela 3: Frequências e percentagens de participantes relativamente ao uso de benzodiazepinas.....	64
Tabela 4: Estatística descritiva sobre os motivos apontados ao consumo passado e atual de benzodiazepinas.....	65
Tabela 5: Fonte de prescrição das benzodiazepinas	66
Tabela 6: Prevalência do tempo do consumo passado – Durante quanto tempo tomou?..	67
Tabela 7: Quantidade total diária de benzodiazepinas consumidas atualmente.....	67
Tabela 8: Consumo atual – Toma-os sempre à mesma hora?.....	68
Tabela 9: Prevalência do tempo do consumo atual – Há quanto tempo toma?.....	68
Tabela 10: Prevalência do tempo do consumo atual.....	69
Tabela 11: Consumo problemático de benzodiazepinas no passado e atualmente (>3meses).....	70
Tabela 12: Sexo – fator de risco para o consumo atual e problemático.....	71
Tabela 13: Idade – fator de risco para o consumo atual e problemático.....	71
Tabela 14: Estado civil – fator de risco para o consumo atual e problemático.....	72
Tabela 15: Nível de escolaridade – fator de risco para o consumo atual e problemático..	73
Tabela 16: Acompanhamento psicológico atual e consumo atual de benzodiazepinas....	74
Tabela 17: Acompanhamento psicológico passado e atual com consumo de benzodiazepinas.....	75
Tabela 18: Acompanhamento psicológico passado e atual relativamente ao sexo e idade	75
Tabela 19: Consumo problemático atual menos acompanhados psicologicamente.....	76
Tabela 20: Consumo atual sem acompanhamento e interesse em ter acompanhamento...	77

CAPÍTULO 1: BENZODIAZEPINAS – considerações gerais

“São fármacos que estão entre os medicamentos prescritos mais comumente no mundo”

(Adams, Victor & Ropper, 1999, p.445).

1.1.Introdução - Breve História das Benzodiazepinas

As benzodiazepinas (BZs) foram introduzidas na prática clínica como agentes ansiolíticos na década de 60 e utilizadas inicialmente como miorelaxantes (Osswald & Guimarães, 2004), consideradas tranquilizantes menores, eficazes e desprovidos de efeitos laterais indesejáveis em contraste com os barbitúricos.

Leo Sternbach, um químico austríaco, em 1954, através da empresa farmacêutica Hoffmann-La Roche, apresenta o primeiro composto desta classe denominado clordiazepóxido e comercializa-o com o nome de Librium® (Shader & Greenblatt, 1980). Mais tarde, em 1963, foi sintetizado o diazepam comercializado com o nome de Valium®. O diazepam foi eleito como alternativa ao clordiazepóxido por ter um gosto menos desagradável. Em 1965, foram introduzidos no mercado o nitrazepam e o oxazepam, sendo que passado 5 anos sintetizou-se o surgimento do lorazepam e do flurazepam. Por fim, os mais recentes a surgiram no mercado foram o alprazolam e o triazolam.

Do composto inicial foram sintetizados mais de 2000 compostos, embora, só cerca de 35 é que são utilizados. É de realçar que estes fármacos substituíram em grande escala os barbitúricos, por serem considerados com menos efeitos secundários e uma margem de segurança maior (Gaudreault, Guay, Thivierge & Verdy, 1991).

A descoberta das benzodiazepinas como grupo de fármacos ansiolíticos permitiu diferenciar entre sedativos hipnóticos e tranquilizantes, no entanto, existe a possibilidade de uma significativa sobreposição dos respetivos perfis farmacológicos em algumas áreas da sua atuação (Osswald & Guimarães, 2004). Estes fármacos foram inicialmente considerados seguros e efetivos, como tendo pouco potencial de abuso, apesar de alguns estudos fazerem referência ao facto de poderem causar dependência, tal não se materializou na prática clínica e rapidamente tornaram-se os psicofármacos mais bem conseguidos (Gaudreault et al., 1991). Na realidade, as benzodiazepinas não provocam uma depressão respiratória como os barbitúricos e muito raramente levam à morte, contudo a sua associação com outras substâncias tem efeitos colaterais e pode mesmo provocar o coma.

As benzodiazepinas são fármacos cujo seu mecanismo de ação se dá através da estimulação do recetor do ácido para-aminobutírico (GABA) que é um neurotransmissor inibitório do Sistema Nervoso Central (SNC) (Salzman, 1990).

O GABA é o neurotransmissor mais abundante no SNC, sendo que 30 a 40% de todas as sinapses estão envolvidas com esse mensageiro. Os efeitos das benzodiazepinas resultam de uma elevada prática da atividade das sinapses, no entanto, não têm afinidades para recetores do GABA, mas sim para específicos (GABA_A e GABA_B). O efeito dos agonistas dos recetores das benzodiazepinas está limitado pela quantidade de GABA, explicando a escassa toxicidade aguda destes psicofármacos nos depressores do SNC fatais; já com os barbitúricos acontece o contrário, como atuam diretamente no canal levam a uma depressão respiratória completa (Osswald & Guimarães, 2004).

Foram introduzidas na prática para o tratamento a curto prazo da insónia e ansiedade (Zandstra et al., 2002). No entanto, com a sua grande expansão, começou a utilizar-se em doses e tempos inadequados, e também para indicações para as quais não estavam propostas. Paprocki (1999) salientou que o crescente consumo de benzodiazepinas podia ser devido a um período turbulento que assinala as últimas décadas da humanidade.

Por fim, no ano de 2000, Lance, Longo, Brian e Johnson salientaram que não existiam dúvidas quanto à eficácia das benzodiazepinas em diminuir a ansiedade, induzir o sono e acalmar sintomas de pânico. Sendo também prescritas por outras razões. Contudo ao longo do tempo e com um uso continuado desta classe de fármacos, as suas prescrições foram-se questionando pela grande capacidade de gerarem dependência e tolerância.

1.2. Classificação das Benzodiazepinas

As benzodiazepinas constituem a família de psicotrópicos mais prescritos nos países industrializados (O'Connor, Bélanger & Lecomte, 2002).

Porém, desde que administradas na dose adequada, não há diferenças comprovadas na efetividade das diversas benzodiazepinas (Furtado & Teixeira, 2006). Distinguem-se, sim, as diferentes substâncias ativas em potência, início e duração da ação, associada ao tempo de semivida.

Assim, classifica-se as benzodiazepinas em relação ao tempo de semivida ($t_{1/2}$) em três categorias (António & Remísio, 2002; Dart, 2004): 1) curta duração ($t_{1/2}$ menos de 10 horas) e inclui os compostos midazolam e o triazolam; 2) duração intermédia ($t_{1/2}$ aproximadamente 30 horas) representada pelo estazolam, temazepam, oxazepam, alprazolam, lorazepam e flunitrazepam; e por fim 3) longa duração ($t_{1/2}$ aproximadamente

100 horas) pode englobar compostos como o clordiazepóxido, diazepam, clonazepam, bromazepam, clobazam, quazepam, prazepam, nitrazepam, quetazolam, halazepam, flurazepam, N-desmetildiazepam e clorazepato.

Entre os tempos de semivida das benzodiazepinas existem diferentes substâncias ativas que devem ser tidas em consideração quando se receitam para qualquer situação, para que seja mais apropriada (Dart, 2004).

Os tempos de semivida longos acumulam-se lenta e extensamente no organismo, enquanto as benzodiazepinas de semivida curta estabilizam-se rapidamente e acumulam muito pouco. Isto é, o importante a reter é que estes fármacos serão seguros e eficazes nas indicações que estão aprovados em condições adequadas, como vamos ver mais à frente (Furtado & Teixeira, 2006; Montgomery, 1993).

Por conseguinte, as benzodiazepinas são classificadas, de acordo com a sua estrutura química, em cinco grupos como se verifica na Tabela 1. Embora, as usadas frequentemente na prática clínica são as 1,4-benzodiazepinas, que representam o grupo mais importante, atendendo não só à quantidade de derivados que o forma, mas também à sua grande utilização (Dart, 2004).

Assim, a Tabela 1 apresenta os grupos, subgrupos e os compostos desta classe de fármacos:

Tabela 1

Apresentação dos grupos, subgrupos e compostos das benzodiazepinas

Grupo	Subgrupo	Compostos
1,4-benzodiazepinas	2-amino-4-óxido	Clordiazepóxido Clonazepam; desmetildiazepam Diazepam; flunitrazepam
	1,3-dihidro-2-cetona	Flurazepam; lorazepam Lormetazepam; nitrazepam Oxazepam; prazepam; temazepam
	1,3-dihidro-2-tioxo	Quazepam
	2,3-dihidro	Medazepam; metaclozepam
1,2-heterociclo-1,4-benzodiazepinas	Imidazolo	Midazolam
	Triazolo	Adinazolam; allprazolam Estolazam; triazolam
4,5-heterociclo-1,4-benzodiazepinas	Oxazolo	Cloxazolam; flutazolam Haloxazolam; oxazolam
	Oxazino	Cetazepam
1,5-benzodiazepinas		Clobazam
2,3-benzodiazepinas		Tofisolam

Notas: Adaptado de Dart, R. C. (2004). *Medical Toxicology*. United States of America (3ª ed.). *Lippincott Williams & Wilkins*, pp. 811-824

1.3. Indicações Terapêuticas

As benzodiazepinas são fármacos cuja eficácia está demonstrada para diferentes indicações, sendo eficiente quando o seu uso se realiza nas condições adequadas (Cadilhe, 2004). Contudo, é necessário considerar que nem todas as benzodiazepinas dispensadas são realmente consumidas e nem todas as consumidas são necessariamente prescritas.

São habitualmente prescritas (a) na perturbação de ansiedade generalizada (Schwartz, Nihalani, Simionescu & Hopkins, 2005), (b) perante queixas subjetivas de nervosismo, ansiedade, *stress* e insónia, (c) na perturbação de pânico, (d) em certas fobias e (e) em certas queixas psicossomáticas como a cefaleia de tensão e a dermatite. Além disso, são também utilizadas nas contraturas musculares e na epilepsia (Furtado & Teixeira, 2006).

Estes fármacos são depressores seletivos do SNC, em que os seus resultados variam desde um efeito ansiolítico até à indução do sono (hipnóticas). Normalmente o que as distingue é que as do tipo hipnóticas são potentes e que com doses baixas podem alterar as condições do sono, enquanto as do tipo ansiolíticas são menos potentes, o que é possível uma ação ansiolítica sem modificar significativamente as condições do sono.

As benzodiazepinas hipnóticas diminuem o tempo de adormecimento, aumentam o tempo total do sono e também reduzem a frequência do acordar noturno. Os períodos de sono REM são mais curtos, mas o seu número é maior; o crescimento do tempo do sono total deve-se a um aumento do sono do tipo NREM nas fases 1 e 2. Nas fases de onda lenta, 3 e 4, o sono NREM está também diminuído. Sendo que os fármacos mais utilizados nestas situações são o temazepam, o triazolam e o flurazepam (Osswald & Guimarães, 2004).

O aumento da incidência da insónia com a idade é paralelo com um aumento do consumo de benzodiazepinas hipnóticas entre os idosos. A utilização de hipnóticos por curto período de tempo pode ser indicada e eficaz no tratamento da insónia aguda. Contudo, a utilização prolongada, particularmente das benzodiazepinas, é frequentemente não recomendado (Institutes of Health consensus development conference statement: the treatment of sleep disorders of older people, 1991) por causa dos seus efeitos adversos potenciais.

Em relação à perturbação da ansiedade qualquer situação que pareça do tipo ansioso é imediatamente tratada com fármacos, o que leva ao uso indevido para indicações nas quais não têm efeito comprovado, o que talvez não seria necessário em muitas situações intervir com uma classe de medicamentos, já que todos nós, pelo menos, uma vez já

experimentamos sensação de preocupação em detrimento de um acontecimento menos positivo ao longo da vida. Note-se, que as benzodiazepinas como não produzem uma ação depressora do centro respiratório (é contrário aos barbitúricos), são consideradas mais seguras e por isso para a sintomatologia ansiosa. Posto isto, as indicações para prescrever benzodiazepinas para a ansiedade não são para uma sintomatologia que comprometa uma atividade diária do indivíduo nem para a crónica, são para casos agudos e receitados por um curto período de tempo (Katzung, 1998).

Na perturbação da ansiedade em pessoas com obesidade utiliza-se o cloxazolam (Ramos, 2004). Sendo que na perturbação de ansiedade generalizada utiliza-se alprazolam associado a buspurina.

O clonazepam e o alprozalam usam-se na perturbação de pânico. Nas perturbações fóbicas prescreve-se o clonazepam ou o halazepam. O lorazepam ou o diazepam usam-se na perturbação do controlo dos impulsos em deficiência mental, esquizofrenia e hiperatividade. Na perturbação psicótica em pessoas com convulsões ou com lesão cerebral secundária a um estado físico geral, prescreve-se clobazam ou diazepam, sendo que na perturbação depressiva em pessoa com lesão cerebral utiliza-se clonazepam (Ramos, 2004).

As benzodiazepinas que contêm efeito relaxante do músculo-esquelético são usadas após lesões desportivas, tratamento de espasmos musculares que se alojam à volta da articulação afetada por um processo inflamatório ou traumático, torcicolos, posição incorreta durante o sono e outras situações deste tipo incómodas para os movimentos (Osswald & Guimarães, 2004).

Dart (2004) salienta outras indicações tais como: convulsão, perturbações agudas de comportamento, privação aguda de álcool e barbitúricos, parassónias (terror noturno, sonambulismo) e sedação para procedimentos cirúrgicos.

Por fim, a razão pela qual estes fármacos são muito utilizados é a baixa toxicidade, facilidade de prescrição e enorme diversidade de indicações terapêuticas (Cadilhe, 2004).

1.4. Motivos Subjacentes à Utilização das Benzodiazepinas

As benzodiazepinas constituíram um ponto de viragem no tratamento da insónia e da ansiedade e são provavelmente os medicamentos no mundo mais utilizados (Gaudrelaut et al., 1991).

Os utentes com prescrição de benzodiazepinas procuram três vezes mais os cuidados de saúde que os que não têm qualquer prescrição (Cadilhe, 2004). Conhecer os motivos que levam ao consumo e da relação entre estes, poderá ser uma forma de ajuizar o uso que se faz e ponderar outras intervenções terapêuticas alternativas mais adequadas para os casos em específico (Cadilhe, 2004). Sendo que, o consumo de benzodiazepinas não se resume apenas a um comportamento de saúde, constituindo também um comportamento social. Assim, o recurso às mesmas não parece estar associado apenas a determinadas condições de saúde, estando também em causa várias condições demográficas e psicossociais.

Alguns motivos identificados como preditores do uso de benzodiazepinas são a) acontecimentos de vida problemáticos; b) circunstâncias familiares adversas; c) desconhecimento da relação risco/benefício do tratamento farmacológico; d) sistema de saúde incapaz de dar resposta às diferentes solicitações (O'Connor et al., 2002; Furtado & Teixeira, 2006). A profissão, o nível socioeconómico e o nível de autoestima foram outros motivos reconhecidos como estando relacionados com o consumo destes fármacos. Naturalmente, pessoas em condições psicossociais mais desfavorecidas têm maior probabilidade de desenvolver perturbações de ansiedade mais persistentes consumindo, conseqüentemente, mais benzodiazepinas.

Num estudo português realizado por Cadilhe (2004) num centro de saúde apresentou como um dos objetivos avaliar a concordância dos principais motivos de consumo referidos pelos utentes e os motivos da prescrição médica. Para tal, efetuou um estudo com recolha de dados durante 3 meses a partir de uma amostra aleatória simples da listagem de todos os utentes inscritos com idades superiores a 18 anos, foi aplicado um questionário aos utentes e outro aos médicos de família. Sendo o resultado para a concordância entre o motivo relatado pelo cliente e o motivo pelo qual o médico prescreveu a benzodiazepina foi nula para a ansiedade e ligeira para a depressão e a perturbação do sono. Concluiu que estes resultados podem ser apenas reflexo da perceção que o paciente tem do efeito somático produzido pela benzodiazepina, independentemente do diagnóstico médico inicial e do aconselhamento.

Estes motivos são os mesmos obtidos no nosso estudo em relação à utilização de benzodiazepinas, em que no consumo passado cerca de 61,7% foi para a ansiedade, 37,5% para perturbação do sono e 42,9% para a depressão. Já no consumo atual de benzodiazepinas para a ansiedade consta de 64,9%, a perturbação de sono 49,1% e a depressão 49,1%.

No entanto, importa referir que os médicos de família são responsáveis por cerca de 75% das prescrições de benzodiazepinas, seguindo-se uma percentagem de 12,8 pelos psiquiatras. As prescrições abusivas pelos médicos de família conduzem ao uso indiscriminado de benzodiazepinas, sendo uma das razões apontadas pelo facto de não estarem dotados de competências para lidar com problemas psicológicos e posteriormente ajudarem os clientes a reagir às adversidades que ocorrem no seu ciclo da vida (Bjerrum, Christensen & Larsen, 1993).

Em 1994 publicaram um estudo em que referia que a prescrição médica crónica de benzodiazepinas era muito comum na prática clínica nacional (Maria, Pimpão & Carvalho, 1994).

No nosso estudo a prescrição por parte do médico de família aglomerou a maior percentagem com 67,1%, sendo o grande prescriptor. Seguindo-se o psiquiatra com 22,6%.

Em alguns artigos com o intuito de estudar as características da prescrição de benzodiazepinas encontrou-se como motivo comum pelo clínico geral a falta de tempo (Álvarez, Castro, Morente & Fernández, 2002; Anthierens, Habraken, Petrovic & Christiaens, 2007; Cook, Marshall, Masci & Coyne, 2007), o que leva também ao impedimento de outras intervenções, importantes, para as queixas de ansiedade e insónia. Sendo também estudado outros motivos como o facto de os médicos talvez subestimarem o número dos seus utentes que consomem benzodiazepinas ou a gravidade desse uso se não for nas condições adequadas, os efeitos colaterais, ou até mesmo visualizarem as *guidelines* como desadaptativas à realidade (Cook et al., 2007).

De acordo com um estudo espanhol com o objetivo de identificar os motivos para a influência da prescrição de benzodiazepinas, seguido de uma ação para diminuir a prescrição, participaram 39 médicos dos cuidados de saúde primários que responderam a três questionários sobre este tema enviados pelo correio e apenas 32 finalizaram a investigação. Os resultados por um lado demonstram cinco fatores considerados mais influentes para a prescrição de benzodiazepinas: 1) pouca tolerância da população ao mal-estar emocional causado pela vida; 2) aumento da prevalência de patologias; 3) falta de tempo nas consultas; 4) condições socioeconómicas; e 5) propriedades das benzodiazepinas; noutro, cinco ações mais importantes para diminuir o consumo destes fármacos: a) educação da saúde para a população; b) diminuir a carga de cuidados; c) consciencializar os médicos para uma prescrição correta; d) melhorar a rede de apoio social; e por fim e) incentivar os

médicos ao uso de outras formas de tratamento. Em conclusão a ação que obteve mais consenso foi a educação da saúde para a população, fornecendo assim, outras formas de tratamento (Álvarez et al., 2002).

Um tratamento não farmacológico deve ser visto como a primeira melhor abordagem. O médico deve tentar perceber a atitude do paciente face ao problema ao invés de prescrever imediatamente qualquer fármaco (Anthierens et al., 2007).

Torna-se necessário avaliar até que ponto a consciencialização e a responsabilização do utente face à medicação que lhe é solicitada poderá alterar estes motivos e consequentemente diminuir o consumo (Cadilhe, 2004).

1.5. Efeitos Adversos das Benzodiazepinas

As benzodiazepinas são maioritariamente administradas como ansiolíticos, antiepilépticos, relaxantes musculares, analgésicos e medicação para o controle da abstinência do álcool (Kaplan & Sadock, 1998).

Os efeitos adversos das benzodiazepinas são frequentemente pouco intensos, consistindo principalmente em sensação de cansaço e fraqueza muscular, sonolência e, por outro lado, o aparecimento de algumas reações alérgicas cutâneas e sanguíneas e irregularidades menstruais com uma dosagem elevada (Osswald & Guimarães, 2004).

Quando combinadas com o álcool, as benzodiazepinas poderão ter o seu efeito aumentado, sendo que esta combinação pode provocar uma *overdose*. No entanto, as benzodiazepinas quando consumidas de forma isolada possuem uma toxicidade muito baixa e, consequentemente, uma margem de segurança maior. De facto, as tentativas de suicídio não costumam ser bem sucedidas, exceto quando são combinadas com outras substâncias como o álcool (Auchewski, Andreatini, Galduróz & Lacerda, 2004).

São conhecidas por frequentemente causarem tonturas, sonolência e disfunção psicomotora, sendo que estes efeitos estão associados com a dosagem (Barbone et al., 1998).

Também têm um efeito secundário na condução rodoviária, a magnitude do comprometimento da condução depende da dosagem do fármaco que é administrada ao individuo, do tipo da benzodiazepina, do tempo decorrido após a ingestão e a duração do fármaco (Coutinho, Vieira & Teixeira, 2011). Além disso, está demonstrado que o uso

crónico de benzodiazepinas tem efeitos ao nível das capacidades psicomotoras, estando associado ao aumento do risco de acidentes, com as consequentes sequelas físicas (Sammons & Levant, 1999).

Originam, paradoxalmente, agressividade e irritabilidade em alguns indivíduos. Estas reações paradoxais destes fármacos são mais frequentes e agudas com o tipo de duração de ação muito curta e pensa-se que são uma forma de síndrome de abstinência. Diversos relatos dos das reações de agressividade aguda causada pelo triazolam levam a discussões sobre a segurança e efetividade deste medicamento, sem que as agências reguladoras de medicamentos tenham chegado à mesma conclusão. No Reino Unido, retiraram o triazolam, mas noutros países incluindo Portugal e Estados Unidos não houve alteração (Osswald & Guimarães, 2004).

Deve-se alertar para os efeitos paradoxais do consumo de benzodiazepinas pois, apesar de melhorarem a capacidade de adaptação do indivíduo através da diminuição dos níveis de ansiedade, podem deteriorar o seu funcionamento cognitivo e, conseqüentemente interferir na sua capacidade de autonomia, sobretudo nas pessoas idosas. Efetivamente, as benzodiazepinas podem induzir amnésia anterógrada (Westra, Stewart, Teehan, Johl, Dozois & Hill, 2004) bem como diminuir a capacidade de aprendizagem (Sramek, Zarotsky & Cutler, 2002). As implicações mnésicas destes fármacos parecem permanecer mesmo após 5 a 10 anos da sua toma diária (Schweizer, Rickles & Uhlenhuth, 2000).

No caso da ansiedade, depressão, euforia e desinibição ao serem deparadas as condições desejáveis para alívio, conduzem ao uso incorreto compulsivo de fármacos, sendo a grande parte, denominado pelos sedativo-hipnóticos. As conseqüências do abuso destes fármacos podem ser classificadas tanto a nível fisiológico como psicológico. Em relação à parte psicológica, esta, inicialmente pode assumir padrões simples de comportamentos neuróticos, sendo que o seu consumo compulsivo conduz para a dependência física e tolerância (Lader, 1999).

No que se refere à gestão da insónia, problema para o qual as benzodiazepinas hipnóticas são frequentemente prescritas a longo prazo (Podhorna, 2002), há efeitos que se devem salientar. Isto é, estes efeitos prendem-se com a progressiva perda de eficácia da medicação, devido a mecanismos de tolerância e dependência, quer com a modificação da arquitetura do sono, pois apesar de prolongarem a duração do sono, estes agentes farmacológicos diminuem a sua qualidade.

Os idosos, grupo no qual se deve ter mais cuidado em prescrever pois podem apresentar demências próprias da faixa etária, sendo que frequentemente consomem benzodiazepinas hipnóticas a longo prazo (Mellinger, Balter & Unlenhuth, 1985). O uso frequente destes fármacos não é de todo recomendado a longo prazo, sendo que a sua eficácia nestes termos também ainda não foi comprovada. Em adição existe um risco de dependência (Lance et al., 2000) e o seu uso leva a um comprometimento da memória e sonolência diurna (Lader, 1999), quedas resultando em fraturas (Sorock & Shimkin, 1988).

A interrupção de medicamentos hipnóticos, particularmente as benzodiazepinas, pode representar um desafio significativo após um consumo abusivo, mesmo que tenha sido em doses terapêuticas baixas (Schneider-Helmert, 1988). Vários fatores fisiológicos (sintomas de abstinência) e psicológicos (ansiedade antecipatória, o medo de insónia) podem perpetuar o ciclo vicioso e levar à insónia hipnótico-dependente (Morin et al., 2004).

Os seus efeitos ansiolíticos provocam na pessoa uma sonolência, alívio da tensão, cansaço e letargia que podem ser acompanhados por sentimentos de isolamento ou depressão, desinibição, excitação, agressividade e afeta a linguagem.

As doses elevadas podem provocar diminuição da coordenação psicomotora, sedação excessiva, perdas de memória, náuseas, instabilidade emocional ou pensamento lento.

Contudo, as benzodiazepinas são consideradas seguras e efetivas nas designações para os quais estão aprovadas, desde que administradas por curtos períodos de tempo (Furtado & Teixeira, 2006; Montgomery, 1993).

1.6. Prevalência de Consumo e de Consumos Problemáticos

Através da análise de artigos é possível verificar que a prevalência dos consumos é bastante elevada, podendo-se também observar, a existência de um uso indevido desta classe de medicamentos (Auchewski, Andreatini, Galduróz & Lacerda, 2004; Montgomery, 1993).

Estudar a prevalência de medicamentos tem relevância especial nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e tem aumentado o interesse sobre estudos que demonstrem o consumo nas diferentes populações (Gómez-Castro, Arcos, Rubiera & Rigueira, 2003).

Para se entender a diferença entre a prevalência de consumo e de consumos problemáticos, seguindo as diretrizes de alguns autores (Furtado & Teixeira, 2006; Montgomery, 1993; Voshaar et al., 2003), definimos no nosso estudo que o consumo problemático é considerado uma utilização de benzodiazepinas iguais ou superiores a 3

meses. Consumo que acarretam problemas para os pacientes quando querem largar a medicação.

Um estudo qualitativo acerca dos consumidores de benzodiazepinas identificou que o seu consumo problemático está muitas vezes relacionado com o sentimento de dependência por um curto período de tempo inicial, por um lado por causa dos sintomas adversos quando se tenta parar com o consumo por outro por se ter sentido que se podia confiar neles (Parr, Kavanagh, Young & McCafferty, 2006).

Porém, apesar destes fármacos serem expressamente indicados para uma utilização breve, máximo 3 meses (Montgomery, 1993), estima-se que entre 15 a 30% dos seus utilizadores os usem cronicamente, durante muitos meses ou anos, o que conduz à dependência psicológica e física (Hallstrom & McClure, 2000).

Entre 1995 a 2003, já em Portugal se associava esta problemática do consumo exagerado de benzodiazepinas, sendo que a utilização dos fármacos aumentou 21,7% no Sistema Nacional de Saúde nos anos referidos (Furtado & Teixeira, 2006). As benzodiazepinas mais consumidas foram as ansiolíticas como o alprazolam, o lorazepam e o diazepam, sendo que estes apresentavam 50% do consumo em 2003. No subgrupo das hipnóticas foi o estazolam a mais consumida (António & Remísio, 2002; Furtado & Teixeira, 2006).

Num estudo com 120 pacientes salientaram que o médico que prescreveu fármacos não orientou sobre o tempo e o uso adequado. Um dos resultados apresentados neste estudo foi um consumo problemático, em que 61% dos utentes usavam a medicação por mais de um ano. E destes, de modo contínuo, apresentaram uma percentagem de 71%. Posteriormente 42% tentaram interromper a intervenção farmacológica mas apenas 6% o fizeram com sucesso, os outros retomaram (Auchewski et al., 2004).

As pessoas idosas que consomem benzodiazepinas hipnóticas, cerca de 65% fazem-no de forma contínua por mais de um ano, e mais de 30% por mais de 5 anos (Morgan, Dalosso, Ebrahim, Arie & Fentem, 1988; Ohayon & Caulet, 1996). Os que apresentam um consumo abusivo são os idosos que se queixam de sono menos satisfatório, maior *stress* psicológico e mais doenças médicas crónicas (Mellinger et al., 1985).

Na faixa etária dos adolescentes e estudantes universitários reflete-se que o consumo problemático de benzodiazepinas (consumos problemáticos, superiores a três meses)

ansiolíticas aumentou uma prevalência de 7,8% (Lance et al., 2000). Um estudo mais recente Câmara, Rocha e Balteiro (2011) com o propósito de analisar o grau de conhecimento dos alunos numa escola de Coimbra, entregaram questionários, a 417 estudantes. Verificaram que a prevalência de consumo foi mais elevada no sexo feminino (14,2%), no curso de Farmácia (25,0%) e nos estudantes que apresentaram um grau de conhecimento bom (22,5%). Afirmando ainda que a prevalência de consumo pode ser considerada alta, tendo em conta a idade dos participantes (18 a 29 anos) incluídos no estudo e o estado de saúde.

O aumento continuado do consumo pode dever-se ao facto dos tratamentos serem mais prolongados do que o indicado e, podem estar a ser utilizados, em indicações terapêuticas para os quais não são aconselhados (Figueiras, Caamaño & Gestal Otero, 2000).

António e Remísio (2002) referiram que o consumo de benzodiazepinas em Portugal teve um aumento de 26,36% do ano 1995 a 2001. Este aumento deveu-se exclusivamente ao consumo de benzodiazepinas do tipo ansiolíticas, já que 80% do consumo se deveu unicamente ao subgrupo acima mencionado. Levando assim, a um aumento de 46,15% dos gastos no Sistema Nacional de Saúde e também uma despesa de 46,61% no preço de venda ao público, o que já na altura se fazia notar o excesso de benzodiazepinas na população portuguesa.

Furtado e Teixeira (2006), verificaram que as benzodiazepinas ansiolíticas de duração intermédia foram as mais utilizadas em Portugal no período decorrido entre 1999 e 2004, representando 64,5% do consumo total de ansiolíticos. É ainda de considerar que as regiões do Norte e Centro foram aquelas em que se verificou um maior aumento do consumo de benzodiazepinas em valor absoluto.

Entre 2000 a 2007, em Portugal, as benzodiazepinas ansiolíticas, sedativas e hipnóticas representaram 98% do total de embalagens dispensadas, sendo que as embalagens de benzodiazepinas ansiolíticas apresentam uma percentagem 75,7% (Guedes & Carvalho, 2009).

No ano de 2004 a 2009, constatou-se um acréscimo de 25,3% no consumo de ansiolíticos e hipnóticos sedativos, dados estes, confirmados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), em que Portugal situa-se acima da média dos países nesta organização no que diz respeito aos consumos (OCDE, 2010).

Verificando os dados da OCDE, estes revertem para um consumo de ansiolíticos na população portuguesa muito superior à dos países da OCDE (OCDE, 2010).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 designava como objetivo uma diminuição de 20% no consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos no mercado do SNS. Contudo, esse consumo evoluiu no sentido contrário ao pretendido apresentando um aumento acentuado do consumo destes fármacos (Alto Comissário da Saúde – Ministério de Saúde, 2010). Ou seja, o consumo exagerado e que se torna problemático já vem de alguns anos e continua a ser um problema de saúde pública, o que a nosso ver se deve repensar nas medidas que existem para colmatar este problema.

Como o uso de medicamentos traz riscos para o utente e aumenta os gastos em saúde, tem existido um interesse crescente em destinar medidas para promover a racionalização da prescrição em Cuidados de Saúde Primários, facultando uma melhor qualidade no atendimento prestado (Gómez-Castro et al., 2003).

1.7. Fatores de Risco para o Abuso e Dependência de Benzodiazepinas

Em relação aos fatores de risco para o abuso destes fármacos, um estudo pioneiro estimou a prevalência desses fatores, bem como os fatores específicos, relacionados com o consumo problemático de psicofármacos prescritos, quer na sua generalidade quer relativos à classe terapêutica. Para obter uma amostra suficiente para o estudo em questão usaram-se dados do instrumento NHSDA desde 1991 a 1993, construindo uma amostra de 4049 inquiridos que manifestam qualquer um dos critérios do *NHSDA* correspondentes a uso não médico de drogas de prescrição no ano transato. As variáveis em estudo foram a raça, a idade, o género, o estado civil, a zona de residência (rural vs. urbana), o nível educacional, o estatuto no trabalho, o seguro de saúde, o salário e o estado geral de saúde (Simoni-Wastila & Strickler, 2004).

Aplicando a análise da regressão aos dados obtidos do *National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA)*, descobriu-se que aproximadamente 1.3 milhões de americanos com idade igual e superior a 12 anos apresenta problemas de uso de drogas prescritas, seja por dependência fisiológica, seja por consumo diário abusivo. Os que denotam maior risco para serem consumidores problemáticos incluem adultos, mulheres, pessoas em estado de saúde débil e consumidores diários de álcool (Simoni-Wastila & Strickler, 2004). Os

pacientes descritos como problemáticos quanto ao uso de medicamentos não prescritos por um médico apresentam os mesmos critérios para a dependência ou abuso de drogas, do que os demais. Dependência tem de reunir dois dos cinco critérios: a) incapacidade para reduzir a medicação; b) menos trabalho bem feito; c) usou medicamentos no mês passado e ficou deprimido, argumentativo, ansioso e chateado, sentir-se isolado e/ou ter problemas de saúde e/ou dificuldade no pensamento claro; d) necessita de grandes quantidades do fármaco ou e) apresentar sintomas de abstinência (Simoni-Wastila & Strickler, 2004).

De notar, que o problema tratado nesta investigação requer atenção – quase 1.3 milhões de cidadãos americanos revelam problemas quanto ao uso de drogas de prescrição por ano. Acrescentando ao uso não médico destas drogas, fatores associados a este consumo englobam idade cronológica avançada, género feminino, estado geral de saúde fraco, e consumo diário de bebidas alcoólicas. Outros fatores, incluindo o estado civil, educação, inclusão ou exclusão social (emprego *v.s.* desemprego), e salário, relacionam-se exclusivamente com classes terapêuticas distintas. Uma vez que muitos destes fatores representam preditores de uso não médico de drogas de prescrição, estes podem, no entanto, ser úteis na identificação de indivíduos em risco de consumo problemático. Por fim, embora muitos estudos estabeleçam uma ligação entre o uso problemático aqui estudado com o consumo de drogas ilegais, os dados obtidos sugerem que o uso de narcóticos, sedativos-hipnóticos, e tranquilizantes “menores” ocorre na ausência de uso de drogas ilícitas. Este facto pode refletir divergências entre indivíduos que manifestam, primariamente, um problema de uso de drogas prescritas que requer tratamento *v.s.* presença de policonsumos em indivíduos que usam drogas de prescrição e drogas ilegais.

Embora os relatórios do *NHSDA (Preliminary Results from the 1996 National Household Survey on Drug Abuse, 1997; Summary of Findings from the 1999 National Household Survey on Drug Abuse, 2000)* demonstrem a relativa estabilidade do uso não médico de drogas prescritas ao longo do tempo, uma interpretação dos resultados evidenciados neste estudo é necessária para corroborar a prevalência deste fenómeno. Ademais, estes dados são apenas estimativas, visto que há poucas análises que compreendam os dados que emergiram do instrumento usado nesta investigação e outros dados revelados por auto-registo (Harrison, Haaga & Richards, 1993). Finalmente, a definição de *uso não médico, dependência, uso abusivo, e uso problemático*, embora usadas comumente, clamam por nova validação (Simoni-Wastila & Strickler, 2004). Apesar das limitações, este estudo mencionado é pioneiro no que toca à estimação da prevalência do

problema do uso e abuso da medicação, potencialmente a precisar de tratamento, bem como dos fatores de risco associados a este consumo (Simoni-Wastila & Strickler, 2004).

O consumo de benzodiazepinas pelo sexo feminino é duas vezes superior ao masculino e tem tendência para aumentar após os 50 anos (Cadilhe, 2004). Em relação à idade, utentes com idades inferiores a 50 anos na nossa investigação apresentaram 27,7% de consumo atual de benzodiazepinas e 47,3% para idades iguais ou superiores a 50 anos. A taxa de consumo é duas vezes mais alta entre adultos com 65 anos comparado com grupos de idades mais baixas (Morin et al., 2004).

De acordo com um estudo espanhol, este classificou o sexo feminino como o mais consumidor e aumenta com a idade, sendo o intervalo de 38 a 70 anos o mais problemático, com baixo nível de escolaridade ou mesmo nenhum e casada, avaliando também o consumo nas mulheres duas a três vezes mais do que nos homens (Escrivá et al., 2000). No entanto, no nosso estudo o nível de escolaridade não demonstra efeito significativo como fator de risco para abuso e dependência de benzodiazepinas.

Importa salientar que o sexo feminino apresentou em vários estudos (Isacson, Bingefors, Wennberg & Dahlstrom, 1993; Magrini et al., 1996) uma utilização superior destes fármacos apesar de o risco de um indivíduo se tornar consumidor de longa duração seja igual no homem e na mulher (Isacson, Carsjo, Bergman & Blackburn, 1992).

Ou seja, existem medicamentos psicoativos muito utilizados em determinados tratamentos, que podem ser vistos como potenciais drogas de abuso, relativamente aos seus efeitos tóxicos quando administrados por períodos superiores aos aconselhados e à capacidade de provocar dependência. As benzodiazepinas são um deles. Embora sejam fármacos com baixa prevalência de reações adversas graves e com uma relação risco-benefício positiva, elas causam dependência física e psíquica (Coutinho, Vieira & Teixeira, 2011). Também é de notar que policonsumo é cada vez mais notório entre os consumidores europeus, aparecendo o abuso de benzodiazepinas muitas vezes interligado a este tipo de consumo (Coutinho, Vieira & Teixeira, 2011).

É consenso, atualmente, que as benzodiazepinas causam dependência e tolerância com o uso prolongado. Ademais, o seu uso contínuo provoca efeitos secundários como já foi abordado anteriormente, mas mais graves do que a simples sonolência diurna, como a perda de funções cognitivas, perda de memória e desequilíbrio (Sim, Khong & Wain, 2007).

Entretanto, tendo em consideração a sua perda de eficácia ao fim de 3 a 4 meses, julga-se que a dependência de benzodiazepinas possa ter ultrapassado o fisiológico para se tornar comportamental, isto é, a pessoa tornar-se dependente da função que acha que o medicamento executa e do hábito de ingeri-lo (Voyer et al., 2004).

Esta dependência está relacionada com vários fatores internos e externos. Entre os fatores externos encontram-se o tempo não determinado de tratamento, a falta de informação clara dada ao paciente sobre a possibilidade de vício, o uso descuidado, a falta de uso em conjunto com um método de tratamento alternativo (antidepressivo, psicoterapia de crise, intervenção cognitivo-comportamental, entre outros) (Zandstra et al., 2004).

A frequente utilização de lorazepam e alprazolam em Portugal levou à mesma preocupação apontada por um estudo em Espanha, ou seja, estas duas benzodiazepinas quando consumidas exageradamente, remetem para uma problemática de saúde pública já que apresentam um elevado potencial de abuso originando dependência psíquica e física baseada na duração, potencia e dose do fármaco. Desta forma, a dependência surgirá mais cedo num utente que administra uma dose elevada de um agente com elevado potencial de abuso do que um paciente que toma uma dose relativamente menor de um fármaco de longa duração mas com baixa prevalência (exemplo, clordiazepóxido) (Lance et. al., 2000).

O abuso do consumo destes medicamentos pode resultar numa dependência tanto física como psicológica caracterizada por uma síndrome de abstinência aquando uma redução ou uma retirada abrupta destes (Authier et al., 2009). O risco de reacções relativas à abstinência aumenta com a duração do tratamento (Lapierre, 1981). Sendo que, o uso crónico de benzodiazepinas é muito frequente na prática clínica por falta de conhecimento do risco/benefício desta intervenção por parte dos médicos, da estrutura do sistema de saúde e por diagnósticos imprecisos (António & Remísio, 2002).

As diretrizes contemporâneas recomendam que o consumo de benzodiazepinas deve ser efetuado por curtos períodos de tempo, sobre indicações rigorosas e o seu uso prolongado deve ser desencorajado devido aos seus efeitos colaterais (dependência, deficiências cognitivas, quedas, acidentes de trânsito, etc.) (Zandstra et al., 2004). Apesar da existência deste regulamento o problema do uso indevido, dependência e vício de benzodiazepinas continua a afetar muitos pacientes (Bisaga, 2006;. Lopez-Munoz, Alamo & Garcia-Garcia, 2011).

O seu uso prolongado é desaconselhado, devido aos riscos de habituação, tolerância e dependência que se traduzem em síndromes de privação aquando da interrupção do tratamento (Schweizer, Rickels & Uhlenhuth, 2000). Estando também associado a alguns problemas de saúde e segurança pública. A diminuição da concentração, da atenção, da capacidade visual, dos reflexos, do raciocínio e da coordenação motora relacionados ao aumento dos tempos de reação e à falta de consciência por parte dos consumidores para a diminuição das suas capacidades, revela estes fármacos num risco também para a segurança rodoviária (Coutinho, Vieira & Teixeira, 2011). Aumentam o risco de colisão, ou seja, aumenta o número de acidentes, sendo que este valor é menor quando se cessa a intervenção farmacológica. Esta associação é mais visível no caso das benzodiazepinas ansiolíticas (Gibson et al., 2009).

Os pacientes que necessitem de benzodiazepinas de longa duração devem ser alertados da elevada possibilidade de dependência e do comprometimento na segurança rodoviária e serem aconselhados evitar mesmo a conduzir. Importa enfatizar que, apesar da decisão final ser do paciente, os médicos têm de ter um papel ativo (Coutinho, Vieira & Teixeira, 2011).

O uso a longo prazo não é só ineficaz, mas é também associado a vários efeitos colaterais indesejáveis. O risco de eventos adversos, particularmente quedas e prejuízo cognitivo, é maior em pessoas idosas; e os benefícios destes medicamentos não podem ser justificados. Assim, a redução no uso a longo prazo de benzodiazepinas nos cuidados de saúde primários é importante (Mugunthan, McGuire & Glasziou, 2011).

A eficácia de tratamento a longo prazo ainda não foi estabelecida. A sua utilização a longo prazo apesar de ser altamente prevalente (Zandstra et al., 2004), é geralmente considerada inapropriada assim como associada à dependência de benzodiazepinas (Ashton, 1994; Tyrer, 1993; Kan, Breteler & Zitman, 1997), um risco aumentado de acidentes de viação (Barbone et al., 1998), quedas não acidentais com possíveis fracturas (Wang, Bohn, Glynn, Mogun & Avorn, 2001), e prejuízos cognitivos (Verwey, Eling, Wientjes & Zitman, 2000).

Contudo, a melhor maneira de evitar a dependência é uma prescrição cuidadosa e, quando possível, evitar mesmo a prescrição inicial e utilizar estratégias de tratamento não farmacológico (Anthierens, et al., 2007).

1.8. Normas de Utilização das Benzodiazepinas

Quando se começa a utilizar benzodiazepinas é fundamental que a prescrição médica assuma um papel importantíssimo na prevenção da condução destes medicamentos psicoativos. A extensa utilização de benzodiazepinas nos países desenvolvidos tornou-se nos últimos anos uma temática de grande preocupação e debate (Cadilhe, 2004). Não obstante às recomendações de como se deve utilizar estes fármacos, Portugal apresenta dos níveis mais elevados de consumos (Furtado & Teixeira, 2006).

As doses iniciais da toma de benzodiazepinas devem ser as mínimas e posteriormente devem ser aumentadas progressivamente, começando pela ingestão da noite. Não se deve prescrever mais do que uma benzodiazepina, para não correr o risco de complicar uma eventual síndrome de privação (Ramos, 2004).

É recomendável optar por utilizar benzodiazepinas de semivida média, com à exceção das pessoas que se prevê um tratamento sintomático prolongado, ou seja, de um a três meses, incluindo a redução gradual da posologia, apenas nestes casos recomenda-se o uso de uma benzodiazepina de semivida mais longa (Ramos, 2004).

Aconselha-se o uso numa utilização de duas a quatro semanas para a ansiedade e insónia, mas verifica-se que o seu uso por períodos longos é mais frequente que o desejável nomeadamente nos mais idosos (Van et al., 2003).

As diretrizes recomendam um uso de benzodiazepinas hipnóticas até 4 semanas (Lader, 1999). No entanto, o seu uso é quase sempre prolongado porque a insónia é um problema crónico (Mellinger et al., 1985; Ohayon & Caulet, 1996). Para a ansiedade também se recomenda um uso até 4 semanas (Zandstra et al., 2002).

Uma atitude positiva por parte do paciente em cumprir com o plano adequado da utilização de benzodiazepinas está relacionado com a norma que o médico propõe e a forma como é devolvido ao cliente (Van et. al., 2003). Por conseguinte, os médicos devem ser a primeira fonte de informação que explique todas as desvantagens aos pacientes que iniciem este tipo de medicação se não fizerem o plano estipulado. A consciencialização da prescrição médica, bem como o fornecimento das informações claras aos doentes verifica-se, assim, de extrema importância para uma utilização adequada (Coutinho, Vieira & Teixeira, 2011). No entanto, como já foi referido deve-se ter em conta que nem todas as queixas por parte das pessoas são para um tratamento farmacológico.

As benzodiazepinas devem ser suspensas às pessoas segundo um plano de descontinuação gradual do fármaco e nunca abruptamente, dado o risco de se desencadear uma síndrome de privação ou outros efeitos indesejáveis. A abstinência de benzodiazepinas, deve ser flexível, e um elemento chave é ser um processo lento, passo a passo, de redução de 25% da dose em cada semana (Mugunthan et al., 2011). Por exemplo uma interrupção súbita de benzodiazepinas anticonvulsivantes, como o diazepam, o clonazepam, pode surgir um estado epilético em indivíduos com predisposição às convulsões ou provocar uma crise convulsiva exacerbada (Ramos, 2004).

A atitude do profissional que pode prescrever benzodiazepinas não deve reger-se única e exclusivamente à prescrição sempre que surjam queixas de perturbação do sono e de ansiedade (Anthierens et al., 2007). Visto que, no caso da perturbação do sono essas queixas nem sempre podem corresponder a uma real privação do sono, isto é, por exemplo, os idosos tendem a dormir durante o dia, logo podem não ter sono durante a noite, assim nestes casos, um aconselhamento de uma boa higiene de sono e um esclarecimento da situação podem ser suficientes para a mudança (Ramos, 2004).

Em relação à ansiedade, esta é uma manifestação normal do ser humano, podendo fazer parte do processo adaptativo da pessoa a determinados acontecimentos que surgem e nem sempre necessita de tratamento. É um fenómeno humano normal que só deve ser analisado como patológico quando interfere com as várias áreas do funcionamento e do bem-estar do indivíduo (Katzung, 1998).

A ansiedade pode ser mais ou menos constante, sem causa aparente, difusa, ou situacional, condicionada por um certo estímulo que a despoleta e que normalmente o paciente identifica. Constitui uma componente da personalidade de muitos “indivíduos normais” e, por isso mesmo, não deve ser alterada por intervenções farmacológicas (Osswald & Guimarães, 2004).

Portanto, torna-se de extrema importância diferenciar situações de preocupação perante as dificuldades e os problemas inerentes à própria vida e àqueles acontecimentos que realmente existe uma ansiedade desadequada em relação aos acontecimentos que a provocam (Osswald & Guimarães, 2004).

Como já foi mencionado as benzodiazepinas devem ser utilizadas na dose mínima que seja eficaz, durante o mínimo tempo possível e baixa frequência, sempre associadas com uma intervenção não farmacológica. Uma vez que podem interferir com as capacidades adaptativas dos indivíduos, aumentando anormalmente o seu nível de tolerância a

circunstâncias patogénicas e, assim, diminuindo a motivação para a mudança (Osswald & Guimarães, 2004).

Aliás, sabemos que grande parte das patologias existentes tem na sua base causas comportamentais; não é possível a alteração de comportamentos sem um conhecimento prévio e profundo da pessoa no sentido de adequar estratégias que potenciem, de facto, esse desiderato. Então, num mundo em que a diversidade é cada vez maior, é cada vez mais importante o papel do profissional como agente que pode promover o autoconhecimento da pessoa, e a partir daí, desenvolver e treinar com ela estratégias que lhe permitam lidar melhor com as suas características específicas e com o meio envolvente (Ricou, 2012). Por isso, deve-se evitar doses de benzodiazepinas que provoquem o completo desaparecimento de sintomas ansiosos, já que um certo grau de ansiedade é uma experiência normal e comum que ocorre na vida no dia-a-dia e habituar os indivíduos à sua ausência total pode, a longo prazo, ser um risco de dependência e dificultar o desenvolvimento de estratégias para a mudança nas suas diferentes áreas da vida.

Em suma, a nosso ver, este seria o papel de um psicólogo da saúde, focado na manutenção da saúde e prevenção da doença, através de informações e estratégias para modificar comportamentos e estilos de vida, sendo o papel desempenhado pelo comportamento na determinação do estado de saúde do indivíduo indicador da integração entre mente e corpo (Ogden, 2004).

CAPÍTULO 2: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA nos Cuidados de Saúde Primários

”O papel desempenhado pelo comportamento na determinação do estado de saúde do indivíduo é indicador da integração entre mente e corpo (Ogden, 2004, p.17)”

2.1. Introdução - Prioridades nos Cuidados de Saúde Primários...

A Saúde é um dos bens mais preciosos do indivíduo, pelo que se torna fundamental otimizar os seus cuidados para promover a estabilidade pessoal e social (Béresniak & Duru, 1999).

Quando pensamos no termo Saúde, ocorre-nos, muitas vezes, aquele que é considerado o seu oposto, a doença. Na área que se dedica ao estudo da mente, um dos conceitos mais delicados é o de normalidade, quando interpretado como a ausência de sintomas. No entanto, será importante referir que o anormal, por princípio, não é necessariamente patológico (Vallejo, 1991), mas sim um desvio da norma correspondente à totalidade do grupo de referência. Assim temos que o normal se define a partir da esfera sociocultural, indicando uma adaptação adequada ao contexto social. Porque, aquilo que define a existência de doença estará relacionado com o nível de incapacidade que determinadas características, afastadas ou não da norma, provocam em determinado sujeito, no que diz respeito às suas possibilidades de autorrealização (Ricou, 2012).

No entanto, a distinção entre o normal e o anormal, não é uma questão que reúna um consenso alargado. Cada pessoa é um ser único, com características únicas, munido de vontades que implicam consequências variadas, pelo que será sempre tarefa ingrata elaborar leis gerais sobre o seu funcionamento (Ricou, 2012).

Tal como no estudo das ciências sociais, o único método possível para estabelecermos leis gerais sobre o funcionamento humano, será aquele que nos dará probabilidades mais ou menos frequentes do aparecimento de um determinado fenómeno. Desta forma, quando se trabalha numa área tao abrangente como a Saúde, a única solução viável será recorreremos a uma espécie de imaginação sociológica, que nos permitirá abandonar o nosso conceito de *normalidade*, admitindo que esta pode ter muitas facetas e expressões, que em determinado momento podem ser causadoras de problemas, suscetíveis ou não de tratamento (Ricou, 2012).

Sendo, o Homem um ser multidimensional pelo que são inúmeras e incontáveis as variáveis que condicionam o seu funcionamento e, por isso, a sua saúde. Então, se é verdade que a técnica, hoje, se constitui como uma vertente central dos cuidados de saúde, para melhorar os resultados ao nível da qualidade da saúde não poderemos descurar o poder da

relação como instrumento de conhecimento da pessoa doente. Só assim, poderemos ambicionar chegar à noção do “bom” para cada um (Ricou, 2012).

Temos então que não será possível promover um elevado grau de satisfação em qualquer pessoa se não formos capazes de a compreender. Então, como promover as condições que julgamos essenciais para uma efetiva compreensão do ser humano? Quanto maior for o sentimento de incompreensão a que um indivíduo, afastado do conceito de normalidade vigente, for sujeito, menor será a sua capacidade em expressar as suas necessidades pessoais e sociais, aumentando o seu estado de isolamento e a sua noção de incapacidade para funcionar num mundo que lhe poderá parecer cada vez mais estranho, ou mesmo hostil (Ricou, 2012). Desta forma, o seu estado de “doença” poderá prolongar-se indefinidamente, aumentando o número de vezes que recorrerá aos serviços de saúde o que, inevitavelmente, levará a um aumento dos seus custos sem a correspondente satisfação pessoal (Nunes, 2005).

Os problemas de saúde podem ser definidos a partir de um julgamento médico, pessoal e social. Ora, a perceção individual e de terceiros sobre o estado de saúde da pessoa assume-se como fundamental para a compreensão e conseqüente recuperação da mesma. É nesse sentido que a psicologia da saúde propõe uma abordagem única da saúde e da doença que passa pelos pressupostos que o comportamento e os processos psíquicos têm efeitos fisiológicos diretos, o que afeta o estado de saúde e a forma como as pessoas percebem a sua doença e lidam com ela, influenciando o percurso da enfermidade (Ricou, 2012).

A intervenção médica, na generalidade, assenta na prescrição farmacológica, sendo escassa a intervenção psicoterapêutica por parte do médico de família. No entanto, existem ainda psicólogos integrados nos cuidados de saúde primários, com uma estreita ligação com os médicos de família, mas a sua intervenção pode ser ainda encarada como residual. A função da intervenção psicoterapêutica na resolução de diferentes problemas de saúde mental está hoje largamente demonstrada (Cuijpers, Dekker, Hollon & Andersson, 2009) sendo assim do máximo interesse o reforço da intervenção nos CSP.

Um estudo português desenvolvido por Serrão, Nunes, Antunes e Ricou (1999) mostra que uma das principais preocupações dos Portugueses no que diz respeito aos cuidados de saúde passa pela deficiente qualidade dos atos médicos. Aliás, parece ser bastante criticada a falta de estruturas que permitam que outros profissionais de saúde, como

por exemplo os psicólogos, possam intervir, correspondendo assim às expectativas das pessoas.

Assim, uma das prioridades nos cuidados de saúde deve ser a implementação de mais psicólogos nos variadíssimos centros, visto que se deve ter em consideração que a saúde física e mental são duas condições indissociáveis para a obtenção de bem-estar individual.

2.2. Os Contributos da Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários...

Em tempo de crise que atualmente vivemos, há uma grande probabilidade em desenvolver perturbações a nível de ansiedade e depressão. Sendo assim, é necessário tomadas de decisão quer a nível de eficiência, recursos e efetividade para obter ganhos na saúde. Em que os psicólogos possuem um papel importante para a melhoria do estado da saúde, aumento da produtividade e diminuição de custos (OPP, 2011).

De acordo com investigações internacionais, é de salientar que perturbações mentais e psicológicas são as queixas mais frequentes, no que diz respeito à procura dos serviços de cuidados de saúde (Brown & Harris, 1978). O apelo das pessoas que apresentam perturbações psicológicas é cerca de 10% a 20% (Sobel, 2000), enquanto para perturbações da ansiedade e depressão, apenas recorrem 15% dos indivíduos (Hunsley, 2003).

O fator económico presente na saúde é um dos pontos em que os economistas e os psicólogos se têm vindo a debruçar, nomeadamente em matérias de análises de custo-efetividade, de forma a, que haja a possibilidade de avaliar eficiência das intervenções psicológicas conduzindo a uma diminuição dos custos com a saúde. O potencial do acompanhamento psicológico, para os estudos anteriormente realizados, podem por um lado levar a uma redução dos custos, como o consumo de fármacos e número de consultas, bem como uma melhoria do estado de saúde para o cidadão (OPP, 2011).

Os estudos apresentados pela *London School of Economics and Political Science*, demonstram que a intervenção psicológica possui um grau de custo-efetividade que permite, não apenas pagar a sua própria intervenção, mas também alcançar ganhos em saúde. Estes ganhos são destinados a uma diminuição do recurso aos serviços, consumo de fármacos, maior aderência às terapêuticas e conseqüentemente facilitação da mudança de comportamentos (Layard, Clark, Knapp & Mayraz, 2007).

Como exemplo, um estudo Canadano, que salientou que a intervenção psicológica permite uma diminuição de cerca de 20 a 30% nos custos diretos da saúde, através da diminuição da utilização dos cuidados de saúde (OPP, 2011).

Foi constatado por uma revisão metódica de literatura que a presença de profissionais de saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários, levaram a uma diminuição quer ao nível do número de consultas, tendo estas sido efetuadas pelos médicos de família, quer ao nível do número de psicofármacos (Harkness & Bower, 2010).

Em relação à perturbação, quando é vista pelo médico de família verifica-se que o tratamento farmacológico é primeira escolha, podendo este originar um aumento de consumo de fármacos, tratamentos prolongados e uma evolução de dependência e seus efeitos secundários, quando o tratamento é realizado pelos médicos de família (Hunsley, 2003).

Varias análises de custos-benefícios sugerem que a terapia cognitivo-comportamental seja tao eficaz, a curto prazo, como a intervenção farmacológica para a ansiedade generalizada, a depressão e outras perturbações mentais (Layard, 2006). A intervenção psicológica é mais eficaz que o tratamento farmacológico a longo prazo, impedindo com maior efetividade as recaídas de episódios ansiosos/depressivos. No entanto, para que este aspeto fosse segurado pela medicação esta teria se ser administrada de forma contínua, o que já vimos quais são os riscos desse acontecimento. A terapia cognitivo-comportamental, 6 a 8 sessões, mostra custo-efetividade ao nível de redução do consumo de fármacos e consequentemente diminui o número de consultas com os médicos e menos gastos na saúde (Layard et al, 2007).

A terapia racional emotiva e a cognitivo-comportamental no tratamento da depressão são custo efetivas quando comparadas com a terapêutica farmacológica e também permitem uma redução dos custos em saúde (Sava, Yates, Lupu, Szentagotai & David, 2009).

As pessoas com perturbações psicológicas têm uma sobre-utilização dos cuidados de saúde representando mais ou menos 70% das consultas realizadas pelos clínicos gerais e seguidamente um aumento de custos de 250% (Carlson & Bultz, 2003).

Na depressão e nas perturbações de pânico existe evidência científica que o acompanhamento psicológico tem maior custo-efetividade do que a intervenção farmacológica, menos desistência à terapêutica e menos recaídas (Hunsley, 2003).

De acordo com um estudo desenvolvido com 8100 indivíduos que tiveram intervenções psicoterapêuticas para casos agudos de doença, verifica-se uma diminuição nos cuidados médicos de 7,2%, enquanto os utentes que não participaram em intervenção psicoterapêutica aumentaram o recurso aos cuidados de saúde de 9,5% (Carlson & Bultz, 2003).

O acompanhamento psicológico apresenta melhores resultados custo-efetivos em relação aos psicofármacos, evidenciando-se custos inferiores sobretudo a médio e a longo prazo. Mais, a medicação apresenta taxas mais elevadas de não adesão e de desistência do que a intervenção psicológica (Hunsley, 2003).

Claro está que para uma diminuição na procura dos serviços de saúde, as intervenções psicológicas prolongadas (segundo ano) têm mais sucesso, uma vez que já existe uma relação de confiança com o cliente e maior são os ganhos (Carlson & Bultz, 2003).

Posto isto, a intervenção psicológica além de aliviar o sofrimento e perturbação das pessoas também tem um papel ativo na redução dos custos com a saúde e minorar o impacto num aglomerado de variáveis sociais e económicas. Num momento como este de crise económica é de esperar que aumentem significativamente os problemas associados a perturbação psicológica. Sendo que a intervenção psicológica tem um contributo importante para solucionar este problema e para a maximização da eficiência da prestação de cuidados de saúde (OPP, 2011).

A Psicologia poderá vir a ter uma contribuição muito significativa tanto para a redução da despesa da saúde, como para o aumento progressivo do estado de saúde da população e conseqüentemente a recuperação económica do país (OPP, 2011).

Em suma, a psicologia nos cuidados de saúde primários será de certa forma rentável, minimizando os custos e aumentando o bem-estar dos pacientes. A intervenção psicológica como já vimos só traz vantagens, por isso para que toda a população tenha um acesso facilitado é necessário aumentar o número de psicólogos nos centros de saúde (Layard et al, 2007).

2.3.Variáveis Psicológicas relevantes para Consumo/Abuso/Dependência de Benzodiazepinas

De acordo com um estudo em que foram analisados alguns traços de personalidade foram identificados como sendo mais característicos dos consumidores problemáticos (superiores a 3 meses) o alto nível de ansiedade, neuroticismo e introversão, baixa consciência (Konopka, Pełka-Wysiecka, Grzywacz & Samochowiec, 2013). Estes resultados vão de encontro a várias observações dizendo que um alto nível de ansiedade é um dos fatores que aumenta a suscetibilidade ao vício do consumo de benzodiazepinas (Chen et al., 2011).

Pode-se supor que um nível baixo de consciência dos viciados em benzodiazepinas pode refletir a sua má adesão à terapia, levando a uma tendência a automedicação, independente das recomendações. No entanto, a relação entre a baixa consciência e uma tendência de abuso de benzodiazepinas está ainda a ser investigada (Konopka et al., 2013). Em relação aos mecanismos de *coping*, os resultados demonstram que os consumidores problemáticos de benzodiazepinas utilizam mais frequentemente mecanismos focados nas emoções enquanto nos outros as estratégias são utilizadas de forma mais equilibrada. Não há diferenças em ambos os grupos no que diz respeito a ter preferência sobre a estratégia de evitamento (Konopka et al., 2013) Estes resultados não são consistentes com observações anteriores que indicam que a estratégia de *coping* de evitamento está associada a um uso prolongado de benzodiazepinas quando comparados com aqueles que consomem durante um curto período de tempo (Zandstra et al., 2004).

Um resultado interessante foi que os adictos diferem no nível e quantidade de eventos adversos de vida na infância, bem como na idade adulta, por exemplo experiência de violência doméstica na infância e na vida adulta, um dos cônjuges ser adicto e perder um emprego (Konopka et al., 2013). Estes dados são consistentes com algumas constatações anteriores, indicando que o papel de maus tratos na infância é um dos fatores de risco para futura dependência de substâncias (Downs & Harrison, 1998; Ireland & Widom, 1994; Wildes, Kalarchian, Marcus, Levine & Courcoulas, 2008).

A observação levou à conclusão de que um elevado nível de acumulação de eventos adversos de vida dois anos antes do tratamento com benzodiazepinas aumenta a predisposição ao uso abusivo. Isso parece sugerir que as circunstâncias em que as pessoas utilizam drogas ansiolíticas desempenham um papel importante na predisposição para o vício (Konopka et al., 2013).

A pesquisa contribui para a compreensão da dependência de benzodiazepinas como um fenômeno multifatorial. Aumentar a conscientização dos vários fatores de risco de dependência de benzodiazepinas entre os médicos pode resultar em melhores estratégias de *coping*, incluindo uma maior autoafirmação em relação aos pacientes (principalmente os do grupo de risco), ter um plano de tratamento e adoção de uma abordagem de precaução universal em que seja abordado com todos os pacientes a possibilidade de vício aquando a prescrição de medicamentos (Konopka et al., 2013)

O *stress* proveniente da síndrome da descontinuação das benzodiazepinas pode estar relacionado à repercussão, onde o problema inicial (ansiedade, insônia) é intensificado; ocorrem sintomas de recuo, onde novas (usualmente limitadas temporalmente) sensações aparecem; e reaparecimento do problema original para o qual a medicação foi prescrita (O'Brien, 2005).

Existem diferenças individuais na experiência destes sintomas, mas mais de 80% das pessoas que cessam o consumo de benzodiazepinas, aparentemente recaem devido à síndrome de abstinência (Klosko, Barlow, Tassinari, Cerny, 1990). Mesmo com a redução gradual da dose, um número significativo de pessoas experienciam sintomas negativos. Entre 10-15% dos utilizadores de longo-prazo apresentam efeitos de abstinência mesmo meses depois de terem parado. Existem poucos indicadores que podem prever uma recaída, mas a personalidade e dosagem das benzodiazepinas foram postuladas como fatores mediantes. Durante algum tempo houve um consenso de que a descontinuação pode beneficiar desde intervenções não-médicas e psicoterapia (Juergens, 1993), em particular alguma forma de apoio social (Fraser, Peterkin, Gamsu & Baldwin, 1990) ou aconselhamento (Nagy, 1989) e especialmente a terapia cognitivo-comportamental.

No entanto, a alta confiança para parar o consumo de benzodiazepinas e para lidar com dificuldades de realização/desempenho são fatores vitais para conseguir um resultado positivo para a descontinuação da toma. (O'Connor et al., 2008). Então a autoeficácia deve prever melhor os resultados quando comparada com outros fatores psicossociais, farmacológicos e clínicos, e objetivar a autoeficácia, especialmente antes da descontinuação, pode potencialmente impulsionar tolerância emocional e psicológica face à retirada da benzodiazepina (O'Connor et al., 2008).

O consumo a longo prazo, dito como problemático, parece causar nos pacientes mais problemas em procurar a companhia de outras pessoas em situações difíceis, do que os demais (Konopka et al., 2013).

Assim, uma abordagem para criar um padrão dos objetivos do tratamento da terapia cognitivo-comportamental é basear um programa de descontinuidade em volta de uma intervenção direcionando fatores psicossociais conhecidos para influenciar a cessação do consumo com sucesso. O'Connor et al., (1999, 2004) relatou que fatores psicossociais como o nível de educação, acontecimentos de vida negativos, inibição de alto desempenho, falta de apoio social, e fatores de personalidade como neuroticismo e traços de ansiedade, predizem dificuldades aquando a retirada do fármaco; e que a baixa inibição para o desempenho, baixa ansiedade estado e baixa autoconsciência, preveem resultados positivos. Enquanto a autoeficácia em lidar sem benzodiazepinas foi associada com menos recaídas, sendo também demonstrada por influenciar positivamente resultados noutras áreas de dependências (Stuart, Borland & McMurray, 1994).

2.4. Efeitos da Intervenção Psicológica no Consumo de Benzodiazepinas

Este subcapítulo de analisar os efeitos da intervenção psicológica no consumo de benzodiazepinas está organizado da seguinte forma: primeiro recorreremos a uma breve explicação qual será a melhor opção para vários tipos de problemas e segundo avaliar as diferentes estratégias para reduzir e mesmo cessar o consumo de benzodiazepinas. Sendo o acompanhamento psicológico o nosso principal foco de atenção.

A intervenção de foro cognitivo-comportamental é tao eficaz na ansiedade e na depressão como a medicação, sendo a primeira preferida pela maioria dos pacientes. Esta terapia da psicologia parece ser a melhor opção para o tratamento da depressão, devendo por isso ser a primeira opção de tratamento (Hunsley, 2003).

Esta intervenção psicológica é mais eficaz que a farmacológica a longo prazo, prevenindo com maior eficiência as recorrências de episódios ansiosos/depressivos e as recaídas. Para ser garantido pela medicação, teria de ser contínua no tempo, o que se percebe as desvantagens que trazia (Layard et al., 2007).

O NICE (National Institute for Health and Care Excellence) é uma instituição que orienta os profissionais da saúde e social a proporcionar o melhor cuidado possível às pessoas com base na melhor evidência científica. Assim, desenvolveu *guidelines* que determinam a intervenção cognitiva-comportamental breve, 16 sessões, como a opção no tratamento da ansiedade e depressão. As *guidelines* sustentam-se num conjunto de ensaios clínicos que estabelecem que a terapia cognitiva-comportamental é tao efetiva, a curto prazo, como a intervenção farmacológica, sendo que apresenta efeitos duráveis a longo prazo (NICE, 2005).

É de salientar que se fala muito mais na intervenção cognitivo-comportamental do que outra terapia, uma vez que parece ser a mais ajustada em equipas de cuidados de saúde primários, por ser mais breve, mais eficaz (Trindade, 1999).

Deste modo, o consumo de benzodiazepinas remete para um alto risco de dependência, levando à necessidade de se desenvolver tratamentos para ajudar os pacientes a reduzir e mesmo interromper o seu consumo. As estratégias desenvolvidas incluem clínicos gerais que enviam cartas aos pacientes recomendando a redução de consumo (Cormack, Owens & Dewey, 1989), os regimes de redução gradual da dose (GDR) (Parr, Kavanagh, Cahill, Mitchell & Young, 2008), a prescrição de medicação substitutiva (Rickels, Case, Schweizer, Garcia-Espana & Fridman, 1990) e prestação de intervenção psicológica, além dos regimes de Redução Gradual (Cormack & Sinnott, 1983). Ainda assim a prescrição de benzodiazepinas em curso continua a ser comum, particularmente quando os pacientes são idosos, quando o uso de benzodiazepinas é já de longa data ou as prescrições foram iniciadas por outro médico (Parr et al., 2006).

Um estudo realizado com 2425 indivíduos no grupo experimental e 1707 no grupo de controlo para o tratamento da insónia e ansiedade, sendo que os autores analisaram a descontinuação a longo prazo de consumo de benzodiazepinas, em que consideraram um consumo exagerado de fármacos por mais de 3 meses de toma ou então pacientes que não consumissem há mais 3 meses mas tivessem quantidades de fármacos para tal. Uma dose diária de benzodiazepinas seria 10mg de diazepam e posteriormente calculavam os consumidores de longo prazo. Compararam um grupo onde foi enviada uma carta pelo médico a explicar como é que haviam de reduzir o consumo de benzodiazepinas (grupo experimental) e o grupo em que não foi enviado nenhuma carta (grupo de controlo). A carta é um conselho para descontinuar o uso gradual de benzodiazepinas e também constava que

passado 3 meses enviavam nova carta para marcarem uma consulta de avaliação (Gorgels et al., 2005). Quanto maior o consumo maior a dificuldade em largar a medicação o que leva à noção de dependência (Barbone et al., 1998). Concluíram que no grupo experimental, a percentagem de indivíduos que reduziu foi de 24% ao fim de seis meses e 26% ao fim de 21 meses. A consulta de avaliação após 3 meses não tem efeito adicional ao tratamento.

Contudo, a carta com aconselhamento para diminuir ou mesmo parar o consumo de benzodiazepinas tem efeito imediato, ou seja, há pouca expectativa que as pessoas que não reduziram imediatamente após receber a carta venham a reduzir mais tarde, mas mesmo assim enviar a carta com conselho para descontinuar é uma efetiva e prática estratégia para diminuição do consumo, mas não é suficiente (Gorgels et al., 2005).

O programa clínico usual na dependência de benzodiazepinas é a redução gradual da dose, mas quando utilizado sozinho este programa não se demonstra altamente eficaz na cessação a longo prazo, e 50 a 60 % dos utilizadores retomam a utilização da sua medicação durante o mês após o término do período de retirada. (Rickels et al., 1990; Schweizer et al., 2000) A terapia cognitiva-comportamental é uma intervenção eficaz para pessoas idosas com insónia (Friedman, Bliwise, Yesavage & Salom, 1991; Morin & Azrin, 1988; Morin, Colecchi, Stone, Sood & Brink, 1999) no entanto, quando aplicada sozinha por consumidores hipnóticos, não produzem uma redução sustentada na utilização de medicação (Lichstein & Johnson, 1993). No entanto, esta abordagem cognitiva-comportamental foi valiosa, mas a natureza do efeito do tratamento é dependente do estado avançado ou não da medicação (Morin & Azrin, 1988).

Aplicando a retirada do agente hipnótico para a insónia e a terapia cognitiva-comportamental, são abordagens complementares, os autores referem que a sua combinação poderia ser mais eficaz do que o método mais frequente da progressiva redução gradual (Baillargeon et al., 2003). Este estudo demonstrou a superioridade da intervenção combinada, juntando a terapia cognitivo-comportamental e a redução gradual das benzodiazepinas do tipo hipnótico, mais do que a abordagem frequentemente utilizada (redução gradual apenas) para pessoas com insónia crónica que utilizaram medicação por um período problemático. Os benefícios em cessar o consumo estavam presentes um ano após o término da intervenção.

Para atingir a interrupção do consumo de benzodiazepinas do tipo hipnótico para a insónia, a combinação da terapia cognitivo-comportamental com a redução gradual do

fármaco é mais eficaz que a redução gradual apenas (Baillargeon et al., 2003). No entanto, os meus autores referem que outros fatores não analisados no estudo, tais como traços de personalidade, morbidade psiquiátrica e motivação, devem ser explorados em pesquisas futuras. Embora a adição da terapia cognitivo-comportamental possa ser mais demorada, estudos sugerem que esta intervenção, mesmo que num programa abreviado, pode ser implementada com sucesso na medicina de cuidados primários.

Ao analisar artigos com pacientes que utilizam benzodiazepinas para a ansiedade, têm indicado que uma redução gradual é mais eficaz que uma interrupção abrupta, que a redução gradual é igual com os mais velhos como com pacientes mais jovens, e que a adição de uma intervenção psicológica reduz os sintomas de abstinência (Rickels et al., 1990; Schweizer et al., 1989)

De acordo com um estudo de 101 pacientes, com ansiedade generalizada pelos critérios do DSM-III, foram distribuídos aleatoriamente para intervenções isoladas e intervenções combinadas. Para as intervenções isoladas temos a) terapia cognitivo-comportamental; b) diazepam; c) placebo; e para intervenções combinadas 1) terapia cognitivo-comportamental mais diazepam; e 2) terapia cognitivo-comportamental mais placebo; acompanhados por mais de 10 semanas. Foi estipulada uma norma para a medicação com uma dose fixa e ao fim de seis meses foram registados os resultados das intervenções. No fim das intervenções e após os seis meses, constatou-se a superioridade de todos os tratamentos com terapia cognitivo-comportamental, em especial a terapia cognitivo-comportamental isolada, seguindo-se da intervenção combinada desta mais diazepam. No entanto, isoladamente o diazepam não foi mais eficaz que o placebo, embora possa ter sido devido a uma utilização de baixa dosagem fixa para o grupo do diazepam. A terapia cognitivo-comportamental mais o diazepam e o diazepam isolado, no fim os pacientes não apresentaram sintomas de abstinência durante a retirada gradual do fármaco ou sintomas de ansiedade. Contudo, todos os grupos de terapia cognitivo-comportamental demonstraram serem mais eficazes (Power et al., 1990).

Apesar da medicação e da terapia cognitivo-comportamental, ambas diminuïrem claramente os sintomas da perturbação de ansiedade generalizada, as atitudes disfuncionais por parte dos pacientes foram reduzidas significativamente pela intervenção psicológica e não pela farmacoterapia. Esta descoberta indica a eficácia da terapia cognitivo-comportamental na alteração dessas hipóteses disfuncionais e das supostas regras

responsáveis pelas emoções negativas. Especificamente, a terapia cognitivo-comportamental reduziu a ansiedade através de ensinar os pacientes como identificar, avaliar, controlar e modificar os seus pensamentos negativos e comportamentos associados. No entanto, a medicação e a terapia cognitivo-comportamental produzem uma significativa redução dos sintomas de ansiedade, mas a terapia cognitivo-comportamental é superior à medicação no tratamento de ansiedade generalizada porque alveja diretamente os pensamentos automáticos e comportamentos disfuncionais (Bakhshani, Lashkaripour & Sadjadi, 2007).

O modelo da terapia cognitivo-comportamental para a ansiedade generalizada propõe que a perturbação deriva da constante percepção do mundo como um sítio perigoso, resultando num processo de inadaptação às interações, dentro de sistemas de resposta cognitivo, comportamental e fisiológico. Respostas cognitivas inadaptadas incluem atenção desequilibrada/predisposta/influenciada para avisos de ameaça (Mathews, 1990) a qual mede negativamente imagens e pensamentos preocupantes (Borkovec & Inz, 1990) e fuga cognitiva a certos aspetos de experiência ansiosa.

Embora, os pacientes com ansiedade generalizada, muitas vezes não demonstram fuga de situações específicas externas, no entanto as suas respostas comportamentais incluem uma subtil fuga comportamental (Butler, Fennel, Robson & Gelder, 1991) que mantém as suas crenças negativistas e os processos de decisão-acção lentos (Metzger, Miller, Cohen, Sofka & Orkove, 1990). As respostas fisiológicas ocasionam tensões musculares excessivas e inflexibilidade autónoma (Thayer, Friedman & Borkovec, 1996). Sendo que a interação destes sistemas de resposta inadequados levam a um processo de intensificação da ansiedade. Assim, a terapia cognitivo-comportamental esforça-se para substituir estas reações inadaptadas através do uso de múltiplas técnicas cognitivas e comportamentais. Estas características da intervenção psicológica resultam numa estratégia eficaz para o tratamento de GAD, sendo vista como a melhor intervenção custo-eficácia (Heuzenroeder et al., 2004).

O que concluímos da literatura sobre o tratamento da perturbação de ansiedade generalizada é que a terapia cognitivo-comportamental a curto prazo é um tratamento efetivo, e que a sua eficácia não é limitada aos países ocidentais ou pacientes de língua inglesa (Bakhshani et al., 2007). Como Otto, Smits e Reese (2004) referem que esta terapia pode ser utilizada como uma estratégia de substituição para pacientes que pretendam cessar as suas medicações.

Assim, uma meta-análise com o objetivo de avaliar a efetividade dos tratamentos existentes para a descontinuação de benzodiazepinas comparou o tratamento de rotina com três tipos de intervenção: a) intervenção breve; b) redução gradual da dose; c) intervenção psicológica. A redução gradual da dose foi comparada com GDR mais intervenção psicológica e GDR mais substituição farmacológica. Posto isto, colocaram como hipóteses se 1) a intervenção orientada (GDR) para a cessação de benzodiazepinas em clínica geral ou em contexto de ambulatório ajuda mais pacientes a parar o consumo do que o tratamento de rotina ou se 2) o tratamento adjuvante (farmacológico ou intervenção psicológica) é mais efetivo que o GDR sozinho. (Parr et al., 2008).

Em relação ao tratamento de rotina e intervenção breve em que os médicos enviam cartas aos pacientes que já têm prescrições repetidas por três meses ou mais, sendo que em alguns estudos também era enviado um panfleto com estratégias de autoajuda (Bashir, Rei & Ashworth, 1994; Vicens et al., 2006), conclui-se que as intervenções breves foram mais eficazes que o cuidado de rotina.

As intervenções psicológicas envolveram treino de relaxamento, a psicoeducação para cessar o consumo e estratégias para lidar com a insónia. A redução gradual e as intervenções breves providenciam taxas de cessação superiores no que diz respeito aos pós-tratamento tendo em conta os cuidados diários de rotina. O tratamento psicológico em conjunto com GDR são superiores tanto em relação aos cuidados de rotina como a redução gradual sozinha. Os programas com intervenção psicológica são ligeiramente mais efetivos que o GDR isolado e este efeito mantém-se no follow-up (Baillargeone al., 2003; Morin et al., 2004). Contudo, as farmacoterapias substitutivas não adicionam qualquer impacto à redução gradual e a substituição abrupta das benzodiazepinas por qualquer outra farmacoterapia é menos efetiva que a redução gradual isolada.

Assim, em conclusão desta meta-análise, as benzodiazepinas são difíceis de parar. A intervenção psicológica pode dar uma pequena mas significativa ajuda para cessar o consumo que a redução gradual na paragem e follow-up. Proporcionar uma intervenção é mais eficaz do que os cuidados de rotina. As intervenções psicológicas podem melhorar o regime de redução gradual sozinho. Em relação às farmacoterapias substitutivas podem ser uma boa aposta, mas a evidência atual é insuficiente para sustentar o seu uso (Parr et al., 2008).

Portanto, a aplicação da terapia cognitivo-comportamental durante a descontinuação de benzodiazepinas tende a focar-se em síndromes de abstinência específicas, implementando a terapia cognitivo-comportamental aquando da retirada do fármaco,

exemplo perturbação de pânico (Hegel, Ravaris, Lewis & Ahles, 1994), insónia (Baillargeon et al., 2003) e um grupo com vários tipos de ansiedade. Todos estes estudos (Baillargeon et al., 2003; Morin et al., 2004; Parr et al., 2008) reportaram resultados excelentes para a terapia cognitivo-comportamental em combinação com a redução gradual da dose, com a exceção de Voshaar et al. (2003), onde a intervenção cognitivo-comportamental era menos especializada e com uma elevada taxa de abandono. A terapia cognitivo-comportamental fornecida dentro dos estudos acima mencionados variou consideravelmente com vista ao tipo de intervenção administrada, à duração e o número de sessões, e se foi ou não administrada em grupo ou individualmente.

Em suma, a terapia cognitivo-comportamental foi considerada a mais eficaz para o tratamento da ansiedade e insónia.

CAPÍTULO 3 - MÉTODO

“Conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”

(Fortin, 2003, p.372)

3.1. Introdução

Uma investigação é, por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica (Quivy & Campenhoudt, 2008, p.31)

Neste capítulo apresentamos o mapa dos procedimentos metodológicos utilizados com a finalidade de atingir os objetivos, garantindo a transparência da nossa investigação permitindo a replicação do estudo.

Por investigação, entende-se que é a produção de conhecimento científico, sendo este por inerência, mais sistemático, preciso e organizado na sua fundamentação (Almeida & Freire, 2008). Ou seja, a investigação é o estudo dos processos sociais com uma preocupação de autenticidade, de compreensão e rigor metodológico (Quivy & Campenhoudt, 2008). Por sua vez, procura explicar, descrever e prever os acontecimentos/fenómenos, com vista à obtenção de respostas para questões precisas que merecem uma investigação (Fortin, 2003).

Como tal, achamos que o nosso tema merece um estudo aprofundado, visto que Portugal apresenta dos maiores níveis de utilização de benzodiazepinas ao nível europeu (Furtado & Teixeira, 2006). O próprio *International Narcotic Control Board* (INCB) considera este facto preocupante, aconselhando Portugal a analisar a prática no que diz respeito à prescrição e utilização de benzodiazepinas.

Assim, o presente capítulo começa por apresentar a pergunta de partida, descrever os objetivos que orientaram a investigação, de seguida a metodologia (método), detalhando os participantes, os instrumentos utilizados e os procedimentos implementados.

3.1.1. Pergunta de Partida

O problema inicial que o investigador se depara é como o de começar bem o seu trabalho. Isto é, não é fácil conseguir traduzir o que se apresenta como um foco de interesse ou mesmo de preocupação para um trabalho de investigação. Por isso é fundamental que uma pergunta de partida seja precisa cujo seu sentido não levante confusões, é indispensável que esta apresente uma forma unívoca e concisa para ser compreendida sem dificuldade

pelos leitores, bem como ajudar o investigador a entender perfeitamente o objetivo que persegue (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Por conseguinte, a pergunta de partida que a nosso ver assegura a clarificação do trabalho é a seguinte:

Qual o efeito da intervenção psicológica com a epidemiologia dos consumos de benzodiazepinas?

3.2. Objetivo Geral do Estudo

Tendo em consideração o acima descrito este estudo baseou-se em conhecer a realidade dos utentes do Centro de Saúde S. João no que toca ao consumo de benzodiazepinas e o recurso à consulta psicológica.

3.3. Objetivos Específicos

Objetivo específico 1: descrever o consumo passado e atual dos fármacos, avaliar os motivos apontados para início desses consumos e fonte de prescrição;

Objetivo específico 2: caracterizar os padrões de consumo de benzodiazepinas, nomeadamente, o consumo passado e atual e avaliar o consumo passado e atual problemático;

Objetivo específico 3: analisar os fatores de risco inerentes ao consumo atual e consumo problemático atual de benzodiazepinas;

Objetivo específico 4: analisar os efeitos das consultas de psicologia atuais nos consumos atuais destes fármacos.

Face ao último objetivo específico, dado o seu carácter experimental, foram definidas as seguintes **hipóteses**:

(1) Os participantes que tiveram acompanhamento psicológico passado têm menor probabilidade de consumir atualmente benzodiazepinas do que aqueles que estão hoje em acompanhamento.

(2) Os utentes que consomem atualmente benzodiazepinas há mais 3 meses foram menos acompanhados psicologicamente, do que os demais;

(3) Os utentes que consomem atualmente benzodiazepinas e que não estão a ser acompanhados psicologicamente, estariam atualmente mais interessados em o fazer do que os demais;

Ou seja, como a organização de uma investigação é uma experiência única e segue caminhos próprios, para ser conduzida como um trabalho com ordem é necessário na sua estrutura conter uma ou várias hipóteses. Visto que, a hipótese fornece um fio condutor especialmente eficaz que, desde que é formulada, orienta a investigação no sentido mais concreto do que se pretende e respondem à pergunta de partida (Quivy & Campenhoudt, 2008).

3.4. Metodologia

De seguida, delinear o procedimento do estudo requer um conhecimento dos métodos existentes que são determinados pela preferência e competência do investigador para se mover neste campo muito complexo que é o da investigação. Um procedimento é uma direção para se seguir para um objetivo. Expôr o procedimento científico consiste, portanto, em enumerar os princípios fulcrais a pôr em prática em qualquer investigação. Sendo que os métodos não são mais do que formalizações específicas, assumindo percursos diferentes criados para serem mais adaptados aos fenómenos em análise (Quivy & Campenhoudt, 2008).

A pergunta inicial que ocorre é qual será a metodologia mais adequada para o estudo? A qualitativa ou a quantitativa? Para responder entendemos que depende do nosso objeto de estudo e da problemática a investigar para alcançarmos o melhor caminho a prosseguir.

Como tal, a metodologia escolhida deverá em primeiro lugar depender diretamente do objeto a investigar, dos objetivos predefinidos no projeto, da natureza, da amplitude e dos objetivos do próprio investigador (Quivy & Campenhoudt, 2008). Uma vez que o nosso estudo tem objetivos que se prendem com o estabelecimento de relações entre variáveis, optamos por recorrer à metodologia quantitativa.

Baseia-se na estratégia descritiva reportada à análise de frequências dos fenómenos e da sua distribuição. No entanto, não implica a substituição da reflexão teórica prévia, pois esta é a única que pode fornecer critérios estáveis e explícitos para a colheita, organização e interpretação dos dados com garantia de coerência e do sentido da globalidade do estudo (Figueiredo, 2005).

Em suma, a nossa escolha recaiu sobre esta técnica, uma vez que era a mais adequada para os nossos objetivos. Já que o método qualitativo permite compreender os significados e as experiências que os seres humanos constroem (Fernandes, 2001), o que para o nosso estudo não tem qualquer relevância. Para Bell (2004) os investigadores quantitativos recolhem os factos e estudam a correlação entre eles, não se preocupam em conhecer as perceções individuais do mundo, mas sim uma análise estatística da nossa amostra que seja representativa da população.

3.4.1. Participantes

Procura-se desenvolver teorias que sejam abrangentes para todos os humanos, na maioria dos estudos em psicologia e ciências sociais, ou seja para populações. Embora na terminologia estatística assumam um significado diferente do utilizado, ou seja também se refere a observações, a grupo de objetos ou outros que interessem ver-se generalizados. Então são grupos mais restritos (população do estudo), no qual podem ser acedidos e representativos da população que queremos estudar (Maroco, 2007). Uma vez que na maioria dos casos é impossível avaliar todos os elementos pertencentes à população, recolhe-se uma amostra (Almeida & Freire, 2008).

Por conseguinte, depois de identificada a população do estudo, é necessário definir como vão ser selecionados os indivíduos ou objetos que constituem a amostra (Almeida & Freire, 2008). Ou seja, que tipo de amostragem vai ser realizada, como vão ser recolhidos os dados. A amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, de tal forma que a população inteira que nos interesse esteja representada. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população do estudo (Fortin, 2003). No entanto, este processo torna-se complicado, visto que as conclusões retiradas da amostra têm de ser generalizáveis para o resto (Maroco, 2007).

No nosso estudo os participantes foram selecionados através de um processo não probabilístico, nomeadamente por amostragem acidental (Almeida & Freire, 2008), a partir da participação voluntária dos utentes com mais de 18 anos que aguardavam consulta nas quatro salas de espera do Centro de Saúde de S. João, nas suas várias horas de funcionamento e em qualquer dos dias úteis da semana.

Assim, a nossa amostra é constituída por 352 participantes, 73,7% do sexo feminino e 26,3% do sexo masculino, selecionados através de um processo não probabilístico, nomeadamente por amostragem acidental (Almeida & Freire, 2008), a partir da participação voluntária dos utentes que aguardavam consulta nas quatro salas de espera do Centro de Saúde S. João, nas suas várias horas de funcionamento e em qualquer dos dias úteis da semana (Tabela 2).

À data da aplicação dos questionários os utentes tinham entre 18 e 80 anos de idade, tendo uma média de 47,81 e um desvio-padrão de 16,58 (Tabela 2).

Pelo menos metade dos participantes possuem o 9º ano de escolaridade e situam-se nos níveis profissionais III, IV e V em que se enquadram os profissionais qualificados e semiquualificados, os funcionários públicos, as domésticas, os comerciantes e os empregados do comércio. No que se refere ao estado civil, 195 (55,4%) dos 352 participantes são casados, 79 (22,4) são solteiros, 42 (11,9%) divorciados e por último 36 (10,2%) são viúvos. Sendo que metade deles tem nenhum ou um filho ($Md=1$) (Tabela 2).

Tabela 2
Caracterização sociodemográfica dos participantes no nosso estudo

	N	%	m	dp
Sexo				
Feminino	258	73,7		
Masculino	92	26,3		
			47,81	16,58
Idade				
Estado Civil				
Solteiro	79	22,4		
Casado	195	55,4		
Divorciado	42	11,9		
Viúvo	36	10,2		
Nível de Escolaridade				
Nenhum	2	0,6		
4º ano	76	21,6		
6º ano	38	10,8		
9º ano	63	17,9		
12º ano	75	21,3		
Licenciatura	61	17,3		
Outro	37	10,5		
Profissão				
Profissões liberais; professores universitários; diretores de empresas; executivos; oficiais das forças armadas	17	4,8		
Administradores de empresas públicas/privadas; funcionários de cargos elevada responsabilidade; comerciantes	23	6,5		
Pequenos industriais/comerciantes; encarregado; operários qualificados; funcionários públicos/administrativos; secretários	107	30,4		
Operários semiquualificados e empregados comércio	86	24,4		
Mão de obra não qualificada; ajudantes de obras; pessoal de limpezas; trabalhadores rurais	91	25,9		
Desempregados	11	3,1		
Reformados	17	4,8		
Nº de Filhos			1,37	1,196

3.4.2. Instrumento (s)

O instrumento escolhido é a ferramenta que nos vai permitir aceder às informações que pretendemos.

Tendo em conta os objetivos e a problemática a abordar para recolha de dados, elaboramos, um inquérito por questionário da nossa autoria com o intuito de recolher a informação sobre o consumo de benzodiazepinas por parte dos utentes e as suas recorrências a consultas de psicologia (Anexo 1). Escolhemos o questionário por este ser uma importante técnica para colheita de dados, simples de aplicar, podendo ser utilizado num curto espaço de tempo e não sendo necessário muitos recursos humanos na distribuição e recolha (Figueiredo, 2005).

O inquérito visa a verificação de hipóteses teóricas bem como a análise das correlações que essas hipóteses sugerem (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Uma das vantagens da aplicação deste método é que permite quantificar uma multiplicidade de dados e proceder por conseguinte a numerosas análises quer sejam simples quer sejam de cruzamento das mesmas (Figueiredo, 2005).

Como tal, ao redigirmos o questionário tivemos de ter atenção ao tipo de questões que colocamos bem como a brevidade das mesmas. Isto é, o nosso cuidado na formulação das perguntas para não se tornarem cansativas e acima de tudo para possibilitar apenas uma única interpretação por parte dos participantes, para que não surgissem respostas desadequadas (Figueiredo, 2005). Ou seja, deve ser limitado em extensão e finalidade, se for muito longo, pode causar desinteresse (Marconi & Lakatos, 2003).

O questionário foi elaborado com questões de escolha múltipla e em alguns casos tinham de escrever quando não era possível outra opção. Por uma questão de funcionalidade foi dividido por partes.

Assim, possui quatro páginas e inclui:

(a) uma primeira parte com questões sociodemográficas, nomeadamente, sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos e profissão;

(b) uma segunda parte, constituída por dois grupos de questões fechadas, dicotómicas mutuamente exclusivas (ex. Sim/Não), de escolha múltipla ou de resposta curta

e objetiva (ex. “Quantos medicamentos desses costuma tomar por dia”), que pretendem avaliar os padrões atuais e passados de consumo de benzodiazepinas pela pessoa bem como os motivos a eles subjacentes;

(c) uma terceira parte formada por um grupo fechado que diz respeito à prescrição de benzodiazepinas;

(d) uma quarta parte, formada por três grupos de questões fechadas, (dicotómicas e policotómicas mutuamente exclusivas, de escolha múltipla e de resposta curta e objetiva) com o objetivo de explorar a participação actual, passada ou futura da pessoa num processo de Intervenção Psicológica, e finalmente;

(d) uma quinta e última parte com um grupo fechado sobre o interesse atual em ter acompanhamento psicológico;

(e) as duas últimas páginas do questionário destinam-se a fornecer uma listagem do nome comercial de todas as BZs existentes hoje no mercado farmacológico português, no intuito de ajudar os utentes que as consomem a recordarem-se do nome do medicamento que tomam. Claro está que mesmo assim pode haver esquecimentos, mas tentamos diminuí-los.

Para Fortin (2003), os instrumentos de recolha de dados são utensílios ou equipamentos utilizados para obter informações necessárias, válidas e pertinentes para a elaboração do trabalho. Salaria que antes de começar uma colheita de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que se quer recolher com a ajuda de um instrumento em particular ou uma bateria deles é exatamente a que responde aos objetivos da sua investigação.

3.4.3. Procedimentos

A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. O direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 2003).

Portanto, todos os indivíduos devem obter um consentimento informado livre e esclarecedor (Figueiredo, 2005). Sendo fundamental para a manutenção da ética na conduta da investigação (Fortin, 2003).

O consentimento é livre se é dado sem que nenhuma ameaça ou pressão seja exercida sobre o indivíduo. Para que o consentimento seja esclarecido, a lei estabelece o dever de informação. A informação é a transmissão dos elementos essenciais à participação dos sujeitos. Compreender o que queremos pedir e com que finalidade essa informação será utilizada permite aos potenciais participantes avaliar as consequências da sua participação. O importante é que não se sintam obrigados a participar se não quiserem (Fortin, 2003).

Assim, para obtermos aprovação para a concretização do nosso estudo foi solicitado junto da Direção do Centro de Saúde de S. João a possibilidade de entregarmos o nosso questionário nas suas instalações, sendo que, face a parecer favorável, seguiu-se então a execução do mesmo. Depois de concluída esta fase, entregou-se o consentimento informado aos participantes (Anexo 2). Estes foram procurados nas salas de espera dos quatro pisos do Centro de Saúde e convidados voluntariamente a participar. Apesar do questionário ter um cabeçalho onde o objetivo do estudo é explicitado e, desde logo, garantida a confidencialidade dos dados recolhidos bem como o seu anonimato, estas informações foram verbalmente fornecidas pela investigadora.

Depois de cada utente aceitar participar foi-lhe entregue uma cópia do questionário e uma esferográfica. A investigadora esteve sempre presente durante a autoadministração, tirando qualquer dúvida que surgisse.

De notar que o papel do investigador deve ser o de criar nos participantes uma atitude favorável para responderem sinceramente às questões e entregar o questionário corretamente preenchido. É importante transmitir esta atitude já que as pessoas não estão forçosamente dispostas a responder e concentradas, exceto se virem vantagens em fazê-lo. Por exemplo, se entenderem que a sua opinião pode avançar as coisas sobre um determinado fenómeno que até considerem relevante para eles e para a sociedade (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Foi assegurado que todos os dados seriam resguardados e que a informação obtida seria tratada de forma confidencial. Assim como, foi pedido consentimento a cada um após a recolha dos dados, estes serem tratados com programas estatísticos.

Por fim, a gratuidade, a voluntariedade, a informação completa do sujeito e a garantia de confidencialidade são características fundamentais para uma investigação correta e segura (Fortin, 2003).

3.4.4. Análise dos dados

Os dados recolhidos foram posteriormente submetidos a diversas análises estatísticas com recurso ao *Software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences*, Versão 20 (SPSS – v.20) da IBM.

Ou seja, no processo de análise estatística, o investigador depara-se com “alguma” coisa que pretende medir, manipular ou controlar ao longo da investigação. Isto designa-se por “variável”. Como tal, o objeto de estudo nesta parte são as variáveis e a informação que delas provêm (Maroco, 2007).

Por isso é que é extremamente importante a forma como se constrói as perguntas do instrumento, visto que determinam o tipo de informação que se obtém e por sua vez o uso que poderemos fazer na análise dos dados (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Em suma, no próximo capítulo, estão demonstradas as correlações que realizamos para obter os resultados dos nossos objetivos do estudo bem como das hipóteses. Convém salientar que antes dos resultados, descrevemos os procedimentos que utilizamos para calcular as análises. Assim, o Capítulo 4 destina-se a apresentar os passos realizados no IBM® SPSS® (programa estatístico) bem como as suas conclusões.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS

“A análise estatística dos dados impõe-se em todos os casos em que estes últimos são recolhidos por meio de um inquérito por questionário” (Quivy & Campenhoudt, 2008 p.224)

4.1. Introdução

No presente capítulo apresentam-se os resultados obtidos na investigação desenvolvida. Nesta fase, depois de reunir toda a informação passa por se proceder às relações entre as variáveis que pretendemos através da observação direta, uma vez que toda a informação procurada junto das pessoas incluídas na amostra já está disponível para ser trabalhada (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Portanto, os resultados obtidos serão apresentados em dois momentos. No primeiro momento, descrevem-se os resultados referentes a cada objetivo específico do nosso estudo, nomeadamente, o consumo de benzodiazepinas e os efeitos da consulta de psicologia. Inicialmente, apresentam-se os resultados referentes à descrição dos consumos passados e atuais dos fármacos, os motivos apontados para início dos mesmos bem como a sua fonte de prescrição. De seguida, descrevem-se os resultados relativos à caracterização desses padrões de consumo passado e atual de benzodiazepinas e o consumo problemático de ambos. Por último, apresentam-se os resultados obtidos no que diz respeito aos fatores de risco inerentes apenas ao consumo actual e problemático, visto que o nosso interesse é na atualidade, estudamos o passado para perceber se existe alguma evolução.

No segundo momento da apresentação dos resultados, expõem-se os dados referentes às correlações que se estabelecem entre as quatro hipóteses postuladas. Primeiro analisamos o consumo de benzodiazepinas e o efeito da intervenção psicológica. A segunda hipótese diz respeito aos utentes que têm consumo atual problemático e a relação com o acompanhamento psicológico. Finalmente correlacionam-se os utentes que consomem atualmente e que não estão a ser acompanhados, com o interesse que manifestam em ter intervenção psicológica.

Em suma, o objetivo deste capítulo é apresentar as medidas descritivas e utilizadas para obter os resultados do estudo. Portanto, para a realização da análise dos resultados, utilizamos o *Software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences*, Versão 20 (SPSS – v.20) da IBM.

4.2. Descrição do Consumo dos Participantes no Estudo

Para obtermos o resultado do objetivo específico 1, analisamos na sua globalidade tanto para o consumo passado como para o atual as suas frequências.

Tabela 3

Frequências e percentagens de participantes relativamente ao uso de benzodiazepinas

Consumo de Benzodiazepinas	<i>n</i>	%
Consome atualmente	125	36,2
Consumiu no passado	164	56,2
Total participantes com história de consumos	289	92,4
Não consome atualmente	220	63,8
Nunca Consumiu	128	43,8

No que diz respeito aos consumos passados e atuais de benzodiazepinas, a nossa amostra apresenta uma percentagem total de história destes fármacos de 92,4%, o que representa um valor elevado e de certa forma relata a necessidade de nos debruçarmos sobre este tema que é um problema de saúde pública. Em relação ao consumo actual observa-se que 36,2% consome e 56,2% consumiu no passado. A percentagem de quem não consome atualmente é de 63,8% e no passado é 43,8%.

4.3. Motivos Apontados como subjacentes do Consumo Passado e Atual pelos Participantes

Para a segunda parte do objetivo específico 1, descrevemos os motivos apontados para o consumo passado e atual de benzodiazepinas representados na Tabela 4.

Tabela 4

Estatística descritiva sobre os motivos apontados ao consumo passado e atual de benzodiazepinas

Motivos	Consumos passados (N=142)		Consumos atuais (N=233)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Problemas com o sono	30	37,5	52	49,1
Ansiedade	50	61,7	74	64,9
Tensão Muscular	4	5,6	8	9,0
Preocupação Excessiva	13	17,6	24	25,3
Depressão	36	42,9	56	49,1
Epilepsia	0	0	2	2,3
Outros	9	12,0	17	18,9

Observando a Tabela 4, acima representada, podemos concluir que, a amostra em estudo, no que diz respeito aos motivos apontados para o consumo passado e atual de benzodiazepinas, apresenta valores semelhantes em relação à perturbação do sono, ansiedade e depressão. Detalhadamente, no que se refere ao consumo passado, visualizamos a perturbação do sono com 37,5%; ansiedade com 61,7%; e depressão com 42,9; em relação aos consumos atuais temos a perturbação do sono com 49,1%; a ansiedade com 64,9%; e depressão com 49,1%. Com um valor intermédio temos a preocupação excessiva com 17,6% para o consumo passado e 25,3% para o consumo atual. Por fim, com valores mais baixos temos a tensão muscular com 5,6% para o consumo passado e 9,0% para o atual; a epilepsia para o passado com 0% e para o atual com 2,3%; e finalmente outros motivos com 12,0% passado e 18,9% para atual.

4.4. Fonte de Prescrição dos Fármacos

Este último ponto do objetivo específico 1 é para avaliar os prescritores de benzodiazepinas no nosso estudo, e analisamos o grupo 3 do questionário.

Tabela 5
Fonte de prescrição das benzodiazepinas (N=146)

Fonte	N	%
Médico de Família	98	67,1
Psiquiatra	33	22,6
Outro	15	10,3

A Tabela 5 permite-nos verificar que o maior prescritor de benzodiazepinas no nosso estudo foi o médico de família com 67,1%. Seguido do psiquiatra com 22,6% e “outra” fonte de prescrição obteve 10,3%.

4.5. Caracterização dos Padrões de Consumo de Benzodiazepinas, nomeadamente, o Consumo Passado e o Atual

Para realizar a análise para o objetivo específico 2 pretendemos verificar as variáveis que nos fornecem informações relativas aos padrões do consumo passado e actual.

Assim, face ao **consumo passado** apresentamos as frequências e percentagens de acordo com a duração do tempo da toma de benzodiazepinas. Neste caso, apenas consideramos o tempo da toma como viável, visto que dificilmente os participantes se iam recordar e por isso responder acertadamente a mais questões. A questão “durante quanto tempo tomou?” é uma variável contínua e para ser mais explícita recodificamos uma nova variável com cinco categorias referentes ao tempo da toma (Tabela 6).

Tabela 6

Prevalência do tempo do consumo passado - “Durante quanto tempo tomou?”
(N=163)

Tempo da toma passado	N	%
Até 15 dias	53	32,5
Entre 15 e 90 dias	18	11,0
91 a 180 dias	26	16,0
181 a 365 dias	32	19,6
Mais de 365 dias	34	20,9

A Tabela 6 diz respeito à prevalência do tempo do consumo passado, e podemos observar que até 15 dias temos 32,5% de participantes a consumir, e entre 15 a 90 dias temos 11,0%. De 91 a 180 dias visualizamos 11,0% de consumo de benzodiazepinas, seguindo na Tabela 7 em relação ao 4 grupo por assim dizer, 181 a 365 dias, verifica-se uma percentagem de 19,6%. Por último, mais de 365 dias têm 20,9% de consumo.

Uma última nota acerca da Tabela 6 é que convém salientar que o consumo considerado problemático (mais de 90 dias) apresenta 56,5 de percentagem dos participantes do estudo.

No caso do **consumo atual** de benzodiazepinas recorrendo ao questionário elaborado por nós e pretendemos verificar as variáveis que nos forneciam informações relativamente ao padrão do consumo atual. Nomeadamente a quantidade total diária de benzodiazepinas consumidas atualmente, se toma sempre à mesma hora e a prevalência do tempo de consumo atual.

Para analisar a quantidade total diária de benzodiazepinas **consumidas atualmente** descrevemos a média, o desvio padrão, o mínimo e o máximo.

Tabela 7

“Quantidade total diária de benzodiazepinas consumidas atualmente” (N=117)

Benzodiazepinas consumidas atualmente	m	Dp	mínimo	máximo
	1,56	1,26	0,25	8,00

No que diz respeito à Tabela 7 avaliação da quantidade total diária de benzodiazepinas consumidas atualmente pode-se constatar que o mínimo é 0,25 miligramas e o máximo é 8,00 mg. Apresentando uma média de 1,56 (sendo que esta medida é o resultado da soma de todos os valores dos indivíduos da variável, dividido pelo número total de valores) e um desvio padrão de 1,26 (número que traduz a dispersão média dos valores individuais em relação ao resultado da média da amostra da variável em questão).

Para a descrição do **consumo atual** da questão “Toma-os sempre à mesma hora” utilizamos as percentagens para ser perceptível os participantes que cumpriam com o plano estipulado, como está descrito na Tabela 8.

Tabela 8
Consumo atual – “Toma-os sempre à mesma hora?” (N=122)

Toma à mesma hora	N	%
Não	25	20,5
Sim	97	79,5

A Tabela 8, acima representada, permite-nos verificar que a maior parte dos utentes que responderam a esta pergunta, consomem a classe de fármacos em estudo sempre à mesma hora 79,5%. Terminando a análise da Tabela 8 apenas 20,5% referiu que não consome à mesma hora.

Em relação à prevalência do tempo de **consumo atual** para analisar esta parte do objetivo específico 2 recorreremos à média e desvio utilizando a variável “Há quanto tempo toma”.

Tabela 9
Prevalência do tempo do consumo atual – “Há quanto tempo toma?” (N=114)

	m	dp
Quanto tempo toma atual	281,61	385,13

Relativamente à Tabela 9 observa-se que responderam 114 participantes e como é uma variável contínua recorreremos à média e desvio padrão. No entanto, como achamos que não exemplifica de forma perceptível a prevalência de consumos atuais de benzodiazepinas

pelos inquiridos, recodificamos uma nova variável com diferentes categorias. Como se pode visualizar na Tabela 10.

Tabela 10
Prevalência do tempo do consumo atual (N=114)

Quanto tempo toma atual	n	%
Até 15 dias	17	14,9
Entre 15 e 90 dias	25	21,9
91 a 180 dias	19	16,7
181 a 365 dias	30	26,3
Mais de 365 dias	23	20,2

Com esta nova Tabela 10, todos os componentes que caracterizam a prevalência do consumo atual estão de alguma forma mais descritos. Assim, 14,9% consome até 15 dias; entre os 15 dias e 90 constata-se uma percentagem de 21,9; depois 91 a 180 dias indicam uma percentagem de 16,7; seguindo-se de 181 a 365 dias com 26,3%; e por ultimo, mas não menos importante, por mais de 365 dias, 20,2%.

Antes de prosseguir, convém salientar que as prevalências do tempo da toma de consumo atual por mais de 90 dias correspondem a uma percentagem 63,2%.

4.6. Caracterização do Consumo Passado e Atual considerado Problemático (>3 meses)

O último ponto do objetivo específico 2 corresponde à caracterização do consumo passado e atual considerado problemático. No entanto, anteriormente, na Tabela 6 e na Tabela 10, já se fez referência a esta parte. Descrevemos o consumo passado e o atual de forma individual e agora optamos por apresentar de forma mais sucinta as percentagens correspondentes ao consumo considerado problemático no passado e no presente. Consumo esse, superior a 3 meses, da toma de benzodiazepinas (Tabela 11).

Para tal, utilizamos as variáveis prevalência de tempo da toma do passado e do atual e recodificamos uma nova variável para cada uma, em que os *values* no IBM® SPSS® equivalem 1= inferior a 3 meses de consumo e 2 = igual ou superior a 3 meses de consumo.

Tabela 11

Consumo problemático de benzodiazepinas no passado e atualmente (>3meses)

Consumo problemático	< 3 meses	> 3 meses
Consumiu no passado	43,5%	56,5%
Consome atualmente	36,8%	63,2%

Depois de efetuadas todas as análises da Tabela 11 observa-se que o consumo superior a 3 meses para o passado condiz com 56,5%. Perante o consumo problemático atual de benzodiazepinas a Tabela 11 informa uma toma superior a 3 meses de 63,2%. Valores estes consideravelmente elevados.

4.7. Analisar os Fatores de Risco inerentes ao Consumo Atual e Consumo Problemático Atual de Benzodiazepinas

As próximas análises dizem respeito ao objetivo específico 3. Para construir este passo só nos interessamos pelos fatores de risco que podem interferir no consumo atual e no consumo problemático atual, visto que a nossa ambição foi direcionada para a atualidade e quais os fatores que conduzem ao consumo de benzodiazepinas e posteriormente ao consumo considerado problemático. Para tal, os fatores de risco que tivemos em consideração para o nosso estudo foi o sexo, a idade, o estado civil e o nível de escolaridade.

Assim, para resolvermos este ponto recorreremos ao Teste de Qui-Quadrado (X^2) testa a independência entre as colunas e as linhas de uma tabela de contingência que cruza duas variáveis. Posto isto, seguimos para as correlações que pretendemos.

Para a variável **sexo** como fator de risco para o consumo atual e consumo problemático atual observamos a Tabela 12.

Tabela 12

Sexo – fator de risco para o consumo atual e problemático

	Masculino		Feminino		$X^2 (1)$	RR (IC 95%)
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Consumos atuais	17	19,3	107	42,0	15,531***	0,46 (0,29-0,72)
Consumos problemáticos atuais	11	73,3	60	61,2	0,817	1,20 (0,85-1,69)

Notas: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

A Tabela 12 indica diferenças significativas entre homens e mulheres nos consumos atuais, ou seja, os homens têm uma prevalência de consumos de 19,3% enquanto as mulheres têm 42,0%, **o que representa que os homens têm 0,46 do risco de consumir atualmente quando comparados com as mulheres.** Quanto aos consumos problemáticos (> 3 meses), observamos que 73,3% dos homens e 61,2% das mulheres mantêm consumos prolongados. Contudo, não existe diferença significativa no risco de ter consumo considerado problemático entre os homens e as mulheres.

De seguida, a variável **idade** no nosso estudo é contínua, sendo que para cruzar com o consumo atual e consumo problemático e obter o risco relativo, recodificamos uma nova variável com duas categorias para a idade. Só com duas categorias é possível calcular o risco relativo, Tabela 13

Tabela 13

Idade – fator de risco para o consumo atual e problemático

	< 50 anos		≥ 50 anos		$X^2 (1)$	RR (IC 95%)
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Consumos atuais	54	27,7	71	47,3	14,156***	0,59 (0,44-0,78)
Consumos problemáticos atuais	28	56,0	44	68,8	1,961	0,82 (0,60-1,09)

Notas: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Ao visualizar a Tabela 13 podemos presenciar que categorizamos a idade em dois grupos, um com idades inferiores a 50 e outro com idades superiores ou iguais a 50, considerando que este se aproxima do valor médio e representa uma divisão com grupos de dimensão equivalente. Assim, observamos que entre os dois grupos há diferenças estatisticamente significativas nos consumos atuais, ou seja, o grupo de idades iguais ou superiores a 50 tem um consumo de 47,3% enquanto o outro tem 27,7%, o que representa que o grupo de idades inferiores a 50 tem 0,59 do risco de consumir atualmente benzodiazepinas quando comparado com a faixa da idade igual ou superior a 50 anos. Por conseguinte, nos consumos problemáticos atuais não existem diferenças significativas nos dois grupos, observamos apenas que no grupo inferior a 50 anos existe um consumo prolongado de 56,0% e no outro grupo existe 68,8% com consumos problemáticos.

O terceiro fator de risco para os consumos em estudo é o **estado civil**. Neste caso como tem mais do que duas categorias não utilizamos o risco relativo e não recodificamos a variável. Assim, através do qui-quadrado vamos perceber se existe uma associação estatisticamente significativa com o consumo atual e consumo problemático atual de benzodiazepinas, Tabela 14.

Tabela 14

Estado civil – fator de risco para o consumo atual e problemático

	Solteiro		Casado		Divorciado		Viúvo		$X^2 (3)$
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Consumos atuais	23	30,3	63	32,8	19	45,2	20	57,1	10,242*
Consumos problemáticos atuais	13	59,1	38	65,5	9	52,9	12	70,6	1,461

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Assim, na Tabela 14 vemos que o valor do teste do qui-quadrado é de 10,242 com uma probabilidade associada de $p = .05$. Trata-se, pois, de uma associação estatisticamente significativa entre o estado civil e os consumos atuais de benzodiazepinas. No entanto, o estado civil com os consumos problemáticos atuais mediante a informação da Tabela 14 não há associação estatisticamente significativa nos grupos. Podemos acrescentar que no grupo dos solteiros 59,1% têm consumos problemáticos, os casados apresentam uma percentagem

de 65,5, o grupo dos divorciados têm 52,9% de consumos problemáticos atuais e por último os viúvos manifestam 70,6% de consumos superiores a 3 meses de benzodiazepinas.

A última variável que estudamos como fator de risco para o consumo atual e consumo problemático atual é o **nível de escolaridade**. Para efetuar o cálculo pretendido recodificou-se a variável escolaridade, uma vez que só com duas categorias é possível determinar o risco relativo e também evidencia melhor o padrão da associação. Então, a nova variável o valor do *values* 1 = < 12º ano e 2 = ≥ 12º ano.

Tabela 15

Nível de escolaridade – fator de risco para o consumo atual e problemático

	< 12º ano		≥ 12º ano		$X^2 (1)$	RR (IC 95%)
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Consumos atuais	66	37,3	59	35,1	0,176	1,06 (0,80-1,41)
Consumos problemáticos atuais	38	66,7	34	59,6	0,603	1,12 (0,84-1,48)

Notas: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Relativamente à Tabela 15 não existe uma associação estatisticamente significativa nos grupos. O nível de escolaridade não foi significativo para o consumo atual e para o grupo do consumo problemático atual. A escolaridade não é um fator de risco no nosso estudo para nenhum dos grupos do consumo.

4.8. Analisar os Efeitos das Consultas de Psicologia Atuais nos Consumos Atuais destes Fármacos

Por fim, relativamente ao último objetivo específico 4, pretendemos analisar os efeitos das consultas de psicologia atuais com os consumos atuais de benzodiazepinas. Para tal, cruzando as duas variáveis no *Crosstabs* selecionar o teste do qui-quadrado (“*Chi-square*”) e premir no quadrado “*Risk*” do IBM® SPSS®, calcula-se o risco relativo e se existe ou não uma associação estatisticamente significativa nos grupos (Tabela 16).

Tabela 16

Acompanhamento psicológico atual e consumo atual de benzodiazepinas

	Acompanhamento Psicológico Atual				$X^2 (I)$	RR (IC 95%)
	Sim		Não			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Consumos atuais						
Sim	29	60,4	94	32,2	14,223***	0,533(0,401-
Não	19	39,6	198	67,8		0,707)

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Depois de observar a Tabela 16 constatamos que existe uma diferença estatisticamente significativa entre o acompanhamento psicológico atual e o consumo atual de benzodiazepinas ($p = .001$). Há mais pessoas em acompanhamento psicológico atual a consumir fármacos (60,4%) do que as que estão em acompanhamento e não consomem (39,6%). Isto deve-se ao facto de quem consome benzodiazepinas tem problemas mais graves do que os demais, portanto estão em acompanhamento psicológico.

4.9. As Hipóteses do nosso Estudo

1) Os participantes que tiveram acompanhamento psicológico passado têm menor probabilidade de consumir atualmente benzodiazepinas do que aqueles que estão hoje em acompanhamento

Para a realização desta hipótese recodificamos uma variável com participantes que tiveram acompanhamento psicológico no passado juntamente com os que têm atualmente no programa estatística SPSS no *Transform e depois Recode into diferente variables*, para podermos ter duas categorias e calcularmos o qui-quadrado e o risco relativo. Assim, cruzamos (*Crosstabs*) a nova variável (values no IBM® SPSS® 1=acompanhamento psicológico no passado; 2=acompanhamento psicológico atual) com o consumo de benzodiazepinas para obtermos o que pretendíamos. Foi nosso objetivo perceber o efeito que o acompanhamento psicológico teve/tem no consumo de benzodiazepinas, deste modo comparamos o acompanhamento psicológico passado e o atual relativamente aos consumos atuais.

Tabela 17

Acompanhamento psicológico passado e atual com consumo de benzodiazepinas

	Acompanhamento passado		Acompanhamento atual		X ² (1)	RR (IC 95%)
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Consumos atuais						
Sim	17	40,3	29	60,4	3,236	1,504 (0,975 –
Não	25	59,3	19	39,6	(0,056)	2,321)

Notas: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Analisando a Tabela 17 observamos que as pessoas em acompanhamento atual têm um risco relativo de 1,504 vezes superior com um intervalo de confiança 95% (0,975-2,321) de consumir benzodiazepinas do que as pessoas que tiveram acompanhamento no passado. Para obtermos o efeito comparamos o acompanhamento psicológico passado e o atual relativamente aos consumos atuais. No fundo o grupo do acompanhamento psicológico atual é o nosso grupo de controlo e podemos visualizar que 60,4% das pessoas em acompanhamento psicológico atual consomem; e 40,3% no acompanhamento psicológico passado.

Adicionalmente verificamos se as diferenças entre os consumos atuais face ao acompanhamento psicológico passado e acompanhamento atual poderiam ser explicados pelas variáveis sexo e idade. Assim, caracterizamos os subgrupos para analisar (Tabela 18).

Tabela 18

Acompanhamento psicológico passado e atual relativamente ao sexo e idade

	Acompanhamento Passado		Acompanhamento atual	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo				
Feminino	32	76,2	40	85,1
Masculino	10	23,8	7	14,9
Idade				
<50anos	33	76,3	38	80,9
≥50anos	9	23,7	9	19,1

No que diz respeito às características dos subgrupos, sexo e idade, verifica-se que os dois grupos não diferem significativamente entre si. Como apresentam características semelhantes não interferem nos resultados sobre o acompanhamento passado e atual em relação aos consumos atuais.

Assim, podemos concluir que as pessoas que estão a ser acompanhadas atualmente ainda não terminaram a intervenção psicológica e o valor do consumo é de 60,4%, enquanto os que terminaram o acompanhamento psicológico ficaram a consumir menos 40,3%. Ou seja, de alguma forma a intervenção psicológica tem efeito no consumo de benzodiazepinas, pode contribuir para a sua diminuição.

Em suma, a **hipótese 1**, permite constatar que 60,4% estão atualmente em acompanhamento e consomem benzodiazepinas sendo que o processo interventivo ainda não acabou, enquanto no grupo do acompanhamento psicológico passado já terminou o processo intervenção psicológica e verifica-se que os participantes ficaram a consumir menos (40,3%). A intervenção psicológica contribui de alguma forma para a diminuição do consumo de benzodiazepinas.

2) Os utentes que consomem atualmente benzodiazepinas há mais de 3 meses foram menos acompanhados psicologicamente, do que os demais

Para esta hipótese os cálculos que seguimos foi utilizar o *Crosstabs* do programa estatístico SPSS e cruzar a variável consumo problemático de benzodiazepinas atual com o acompanhamento psicológico atual e perceber se estes eram menos acompanhados do que outros.

Tabela 19

Consumo problemático atual menos acompanhados psicologicamente

	Consumem < 3 meses		Consumem > 3 meses		X ² (1)	RR (IC 95%)
	n	%	n	%		
Acompanhamento psicológico atual	12	44,4	15	55,6	0,942	1,385 (0,720-2,666)

Notas: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Ao observar a Tabela 19 a nossa hipótese não foi confirmada. Os utentes que consomem atualmente benzodiazepinas por mais de três meses apresentam 55,6% em relação ao acompanhamento psicológico atual, e os pacientes que consomem por menos de três meses com acompanhamento atual têm 44,4%. Apesar de a percentagem ser maior no consumo problemático atual do que no consumo por menos de 3 meses não existe associação significativa.

3) Os utentes que consomem atualmente benzodiazepinas e que não estão a ser acompanhados psicologicamente, estariam atualmente mais interessados em o fazer do que os demais

Relativamente a esta hipótese para se proceder à sua análise, recodificamos as variáveis originais numa nova variável que seja de acordo com o nosso pressuposto. Então interessa uma variável que tenha por um lado participantes que consomem benzodiazepinas atualmente e não estão a ser acompanhados e por outro, participantes sem consumo atual e sem acompanhamento e cruzar com a variável interesse atual em ter acompanhamento psicológico.

Tabela 20

Consumo atual sem acompanhamento e interesse em ter acompanhamento

	Participantes sem acompanhamento e com consumo		Participantes sem acompanhamento e sem consumo		$X^2 (1)$	RR (IC 95%)
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Interesse atual em ter acompanhamento psicológico	38	43,7%	30	15,7%	25,310***	2,781 (1,853-4,174)

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

No que diz respeito a esta hipótese através da Tabela 20 observa-se que é confirmada. Há uma associação significativa entre o interesse atual em ter acompanhamento psicológico e participantes com consumo atual sem acompanhamento, $X^2 (1) = 25,310$, $p = .001$. Enquanto no grupo dos participantes sem consumo atual e sem acompanhamento (15,7%) demonstram menos interesse em ter acompanhamento psicológico, já no outro grupo (43,7%) dos participantes o interesse em ter intervenção é maior.

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Os nossos conhecimentos constroem-se com o apoio de quadros teóricos e metodológicos explícitos, lentamente elaborados, que constituem um campo pelo menos parcialmente estruturado, e esses conhecimentos são apoiados por uma observação dos factos concretos”
(Quivy & Campenhoudt, 2008, p.20).

Neste espaço de discussão, após a apresentação de resultados, surge o momento de sistematizar as principais contribuições desta dissertação e analisar se os objetivos e hipóteses foram alcançados.

Para facilitar a discussão dos resultados, a mesma será dividida em cinco partes. Na primeira parte, discute-se e analisa-se os resultados referentes aos objetivos do estudo, ou seja, pretende-se aprofundar o conhecimento sobre o tema e refletir de acordo com a literatura. A segunda parte diz respeito às nossas hipóteses e mais uma vez discute-se e analisa-se de forma a compreender o que poderíamos fazer melhor.

Por último, serão analisadas as vantagens e limitações do estudo, bem como possíveis direções futuras para a investigação neste âmbito.

5.1. Discussão dos Resultados face aos Objetivos

De acordo com a bibliografia consultada, tem existido um consumo excessivo de benzodiazepinas (Furtado & Teixeira, 2006; Hallstrom & McClure, 2000; Westra & Stewart, 2002), o que parece estar em concordância com os dados obtidos na nossa amostra. De facto, cerca de 92% dos elementos questionados afirmaram consumir ou já ter consumido benzodiazepinas, o que se, por um lado, pode ser um valor inflacionado decorrente das características da nossa amostra, por outro, parece-nos uma percentagem elevada que não deve deixar de merecer alguma reflexão. Deve-se ter noção que é um problema de saúde pública que é urgente reduzir este consumo que também acarreta mais custos para a saúde e investir em terapias baseadas mais na relação de empatia utente-técnico.

Para tal, foi do nosso interesse perceber quais são os motivos apontados como subjacentes ao consumo passado e atual, sendo que, encontramos as mesmas respostas e valores muito semelhantes tanto para o grupo do consumo passado como para o atual. Ou seja, por um lado, para consumos passados os motivos mais apontados são os problemas de sono (37,5%), a ansiedade (61,7%), por outro, para os consumos atuais os motivos são também os problemas com o sono (49,1%), a ansiedade (64,9%). Na verdade, os motivos que encontramos no nosso trabalho estão de acordo com a literatura para a insónia e ansiedade, já que as benzodiazepinas foram introduzidas para esses tratamentos (Zandstra et al., 2002).

A insónia, por sua vez, também é um problema de saúde pública que afeta cerca de 16 a 40% da população, sendo as benzodiazepinas os fármacos mais usados (Paprocki, 1990). No caso da ansiedade, Del Porto (2000) salienta ser a causa que possui grande preocupação para os médicos de família, apresentando-se como a situação mais frequente nos cuidados de saúde e como tal a que se prescreve mais. Importa salientar que atualmente não existem fármacos ideais para o tratamento de pacientes com perturbações de ansiedade, havendo portanto, bastante espaço, para melhorar o desenvolvimento de novas intervenções com grande eficiência e maior aceitabilidade (Wiley & Sons, 2012). Uma perspetiva do que se poderá fazer no futuro, consciencializar para o uso inadequado de benzodiazepinas e os seus riscos inerentes, e solucionar com terapias alternativas para combater o problema.

Portanto, no que respeita ao tipo de fonte de prescrição de benzodiazepinas os nossos resultados apontam no mesmo sentido que a literatura. Temos então 67,1% para o médico de família, 22,6% para o psiquiatra e 10,3% outras formas de acesso ao consumo, como por exemplo, automedicação. A literatura salienta que 74,5% das prescrições de benzodiazepinas são realizadas pelo médico de família e 12,8% por psiquiatras (Galleguillos, Risco, Garay, González & Vogel, 2003). Desta forma, a questão que colocamos passa por saber se será ético, em primeiro lugar, privar as pessoas de um tipo de intervenção não farmacológica que proporciona mais valias claras ao nível da devolução da autonomia pessoal, e em segundo lugar, ainda pode contribuir para uma diminuição dos custos, permitindo, por isso, mais e melhores cuidados de saúde.

Outro ponto que merece a nossa reflexão relaciona-se com o tempo de utilização das benzodiazepinas. A literatura refere um tratamento por um curto período de tempo, mas o seu uso a longo prazo é mais frequente que o desejável sendo o tempo máximo aconselhado de utilização de BZs cerca de 3 meses (Montgomery, 1993; Voshaar et al., 2003; Gourion, 2003). Contudo, aquilo que encontramos para os consumos considerados problemáticos (superiores a 3 meses) é que 56,5% das pessoas consumiram no passado por um longo período e 63,2% consome atualmente. A percentagem dos participantes a consumir a longo prazo é de facto elevada, o que nos remete para um problema realmente preocupante. Mais ainda, esta preocupação será tão mais acentuada já que a esmagadora maioria dos sujeitos consome BZs por prescrição médica. Torna-se fundamental para a prática futura avaliar não só o impacto de outras intervenções no sentido de as integrar no pacote básico dos cuidados de saúde, mas também preocuparem-se com a possibilidade de investir em terapêuticas com

provas dadas e que, provavelmente poderiam contribuir para um desagravamento dos custos dos cuidados de saúde, bem como para uma melhoria dos mesmos.

Em relação ao objetivo que diz respeito ao sexo como fator de risco para o consumo atual e problemático de benzodiazepinas, verificou-se apenas uma associação significativa para o sexo e consumo atual ($p=.001$). De referir que o sexo feminino apresenta 42,0% (107 mulheres) e o masculino 19,3% (17 homens) o que parece estar de acordo com a literatura, sendo as mulheres o grupo mais consumidor (Escrivá et al., 2000). O facto de 73,7% dos elementos da nossa amostra serem do sexo feminino e, sabendo nós que, de acordo com a bibliografia, o facto de ser mulher é um fator associado à utilização de benzodiazepinas, então estará justificada, e dentro dos valores esperados, a taxa de utilização de benzodiazepinas encontrada. No entanto, importa referir que o risco de uma pessoa se tornar consumidor de longa duração seja igual para as mulheres como para os homens (Isacson et al., 1992).

Também, consideramos a idade importante como um fator de risco para o consumo atual e problemático de benzodiazepinas. Os resultados obtidos demonstram uma associação estatisticamente significativa entre a idade e o consumo atual ($p=.001$). Observamos que o grupo de idades iguais ou superiores a 50 tem um consumo de 47,3% e no outro grupo de idades inferiores a 50 apresenta 27,7% de consumo. Contudo, analisando a literatura constatamos que o nosso resultado vai de encontro a que quanto mais avançada for a idade maior é a probabilidade de consumir. Como Morin et al., (2004) salientam que a taxa de consumo é duas vezes mais nos adultos com 65 anos em comparação com outras faixas etárias.

Relativamente, ao estado civil como fator de risco, este também demonstrou uma associação estatisticamente significativa para o consumo atual ($p=.05$). De referir que o grupo dos solteiros apresentam 30,3% de consumo; o grupo dos casados representam 32,8%; o grupo dos divorciados 45,2%; e por último o grupo dos viúvos 57,1%. De notar, por um lado, a literatura aponta que o grupo mais consumidor são pessoas casadas, com um relacionamento estável (Escrivá et al., 2000; Nordon, Akamine, Novo & Hübner, 2009) e por outro, são na maioria mulheres em que o seu número aumenta com a idade e divorciadas ou viúvas (Almeida, Coutinho & Pepe, 1994). Pode estar associado às características da população em análise, o local da recolha dos dados, do ambiente e interações sociais.

Último ponto dos objetivos influentes no estudo é a correlação entre o efeito da consulta psicológica atual nos consumos atuais e que verificamos uma associação significativa ($p=.001$). Existem mais pessoas em acompanhamento psicológico a consumir benzodiazepinas (60,4%) do que as que não estão em acompanhamento (39,6%). O facto de estarem a ter intervenção psicológica e demonstrarem maior consumo de fármacos, deve-se ao facto de que quem está em acompanhamento tem problemas mais graves, logo o resultado do consumo também vai ser maior. Dá que pensar até que ponto as pessoas que consomem e estão em acompanhamento se esse consumo não poderia ter sido evitado se logo de início fosse enquadrada a terapia adequada ao problema. Note-se que um alto nível de ansiedade é um fator que aumenta o vício do consumo de fármacos (Chen et al., 2011). Será importante ter uma visão crítica da problemática e refletir a melhor forma de organizar as estruturas e serviços disponíveis para os utentes, de modo a proporcionar uma ajuda adequada para a queixa inicial e conseqüentemente promover a eficiência e eficácia do sistema de saúde.

Por conseguinte, na nossa investigação os fatores de risco para o abuso que consideramos como pertinentes para o consumo atual e consumo problemático de benzodiazepinas foi o sexo, a idade, o estado civil e o nível de escolaridade. Sendo que o sexo, a idade e o estado civil demonstram significância em relação ao consumo atual de benzodiazepinas, e o nível de escolaridade não. Em relação ao consumo problemático, por mais de 3 meses, no nosso estudo não obtivemos correlações significativas.

No nosso estudo, as mulheres apresentam uma percentagem de 42 para o consumo atual e os homens apenas 19,3%, o que vai de encontro à literatura. O consumo de benzodiazepinas tem sido associado não só às faixas etárias mais elevadas, mas também ao sexo feminino (Bendtsen, Hensing, Mckenzie & Stridsman, 1999).

5.2. Discussão dos Resultados face às Hipóteses

No que respeita à nossa hipótese se os participantes que tiveram acompanhamento psicológico passado têm menos probabilidade de consumir atualmente benzodiazepinas do que aqueles que estão hoje em acompanhamento, obtivemos que quem já terminou a intervenção psicológica ficou a consumir apenas 40,3% e os utentes que ainda estão em acompanhamento consomem 60,4% ($p=0.056$) e este último grupo possui um risco relativo

de 1,504 vezes superior de consumir benzodiazepinas do que o grupo do passado. Para visualizar se as diferenças entre os consumos atuais em relação às intervenções poderiam ser explicadas pelo sexo e idade, também procedemos à sua análise e verificou-se que não interferem. Ou seja, de alguma forma a intervenção psicológica pode contribuir para a diminuição do consumo de benzodiazepinas. Neste âmbito a literatura aponta que a intervenção psicológica é mais eficaz que o tratamento farmacológico a longo prazo (Layard et al., 2007), sendo que a medicação teria de ser continuada e como já foi referido possui riscos graves nos utentes. Até que ponto não deve ser promovida na sociedade um investimento não somente como um bem individual mas, também, social, a existência de uma nova gestão do funcionamento geral no que toca à saúde.

Posto isto, interessou-nos colocar como hipótese se os utentes que consomem benzodiazepinas e que não estão a ser acompanhados psicologicamente estariam mais interessados em o fazer que os demais. Sendo que esta análise foi estatisticamente significativa ($p=.001$), os participantes sem acompanhamento e com consumo apresentaram maior (43,7%) interesse em possuir apoio psicológico que os utentes sem consumo e sem acompanhamento (15,1%). O que vai de encontro a um estudo que refere um consumo excessivo de psicofármacos e que a maioria das pessoas manifestou vontade de usufruir de apoio psicológico. Também aponta que a percentagem de indivíduos que beneficiam de intervenção psicológica é reduzida (Hespanhol, Veiga & Ricou, 2005).

5.3. Novos Contributos

A nossa amostra não nos permite tirar ilações mais aprofundadas, bem como explorar outras dimensões do questionário, dada a sua reduzida dimensão de respostas. Contudo, não parecem restar dúvidas que a utilização de benzodiazepinas deverá constituir-se como uma preocupação séria ao nível da prestação dos cuidados de saúde no geral e, dos cuidados de saúde primários em particular. Aliás a elevada prevalência de consumos de benzodiazepinas, faz com que este seja um problema particularmente sério em comparação com outros países. No que respeita a este último ponto, parece-nos cada vez mais pertinente a presença do psicólogo. Como vimos os resultados deste estudo no que toca à importância da intervenção psicológica como terapêutica alternativa ao uso de benzodiazepinas, pode ser uma válida opção. Porém, de acordo com todos os estudos consultados e mesmo a partir dos indicadores

que obtivemos, a intervenção psicológica deve ser encarada, no mínimo, de uma forma muito séria.

Posto isto, um contributo importante é a clarificação de que há evidências científicas que a intervenção psicológica tem efeitos no uso de benzodiazepinas, diminuindo de certa forma esse consumo. Mais, quando comparada com a farmacoterapia por exemplo no caso da perturbação de ansiedade conclui-se que o acompanhamento psicológico através de técnicas cognitivas e comportamentais é vista como a melhor opção.

Então, somos da opinião que mediante a evidência, deverá constituir-se como um imperativo ético a informação da pessoa sobre as diferentes alternativas existentes. Só deste modo poderemos, por um lado, garantir uma informação adequada ao indivíduo, condição fundamental para que esta possa, ajudado pelo técnico de saúde, tomar uma decisão consciente sobre o tratamento a efetuar, e por outro, controlar os efeitos paradoxais que o abuso de psicofármacos implica hoje em dia, com todas as consequências pessoais e sociais que daí advêm.

5.4. Limitações

O questionário utilizado apresenta, na sua conceção, limitações metodológicas que se prendem com o facto de se basear em algumas situações na memória dos sujeitos que os preenchem. Já que a memória se constitui como um processo seletivo e reconstrutivo, é natural que exista algum grau de viés nas respostas.

Outra limitação prende-se com as características muito próprias da amostra que selecionamos, isto é, existe o dobro de mulheres que poderá influenciar os dados obtidos. Para estudar melhor os efeitos das intervenções psicológicas dever-se-á usar desenhos tipo ensaio clínico com grupos de controlo adequados, aspecto que um desenho retrospectivo não permite com a mesma facilidade e acuidade.

5.5. Direções futuras

Os dados obtidos demonstram a importância de se estudar a problemática do uso abusivo das benzodiazepinas e de que forma esta pode ser diminuída.

Consequentemente considera-se pertinente que investigações futuras aprofundem as influências de terapias alternativas ao tratamento farmacológico.

No que diz respeito aos resultados obtidos relativamente ao consumo, consideramos que será importante no futuro, aferir se estes se confirmam e apresentam-se como determinantes com outras características da população.

Finalmente, o conhecimento de mais um estudo face ao consumo de benzodiazepinas sendo este excessivo, dada a importância do mal que faz, considera-se que ainda há muito a percorrer no plano da investigação sobre o tema em futuras investigações.

CONCLUSÃO

As benzodiazepinas são um grupo de fármacos ansiolíticos comumente utilizados no tratamento da ansiedade e insónia. No entanto, apesar das suas recomendações serem para uma utilização breve, o seu uso prolongado é mais frequente do que o aconselhável. O seu uso abusivo para além dos riscos de dependência fisiológica e psicológica tem efeitos nas capacidades psicomotoras, estando demonstrado que aumenta os acidentes de viação, quedas não acidentais e com possíveis fraturas e prejuízos cognitivos.

No entanto, não se pode definir claramente uma situação de epidemia do uso e abuso desta classe de medicamentos, mas pode-se salientar que existe um consumo exagerado na população. E que se torna urgente encontrar medidas alternativas para corroborar esta problemática.

Não existem dúvidas que o avanço nas terapêuticas biológicas proporcionam uma mais valia no tratamento de determinadas patologias mentais, facilitando um acréscimo na qualidade de vida de muitos doentes, bem como de suas famílias e parceiros sociais. No entanto, o crescente abuso de psicofármacos por parte da população tem consequências que terão que ser consideradas nefastas. Os tratamentos farmacológicos só deviam ser utilizados em casos em que outro tipo de intervenção se mostre ineficaz. Os psicofármacos, sobretudo aqueles que se destinam ao controlo da ansiedade, têm efeitos de dependência no doente o que, se por um lado, em alguns casos, deva ser considerado como um mal necessário, noutro deve ser interpretado como uma violação clara do princípio da não-maleficiência, uma vez que poderá determinar efeitos tóxicos para o sujeito, sujeitando-o a tratamentos posteriores e que também encarecem mais todo o processo.

Em segundo lugar, muitas vezes o medicamento poderá servir apenas como um “tampão” dos problemas existentes, diminuindo a autoconsciência desses mesmos desequilíbrios, impedindo o sujeito de se reorganizar e, nesse sentido, beneficiar de um crescimento pessoal. Este tipo de comportamentos servirão para catalisar a perpetuação dos problemas e a dependência aos psicofármacos, aumentando por isso os custos dos cuidados de saúde.

A intervenção farmacológica não resolve os conflitos profissionais, familiares, entre outros, o paciente lucrará mais com a compreensão e o diálogo com um profissional qualificado para isso, bem como com o necessário esclarecimento acerca do que lhe causa sofrimento e desconforto. Apesar da prescrição de medicamentos ser mais fácil e mais rápida, a comunicação que os médicos obtêm com os utentes é frequentemente inadequada e não transmitem a maior parte das vezes informações esclarecedoras sobre o tratamento em questão, o Relatório Mundial de Saúde (2008), salienta que quase um em dois pacientes sentem e afirmam que o médico raramente ou mesmo nunca lhes pergunta qual é a opinião acerca do tratamento que lhes é proposto.

De salientar, que a maioria dos problemas de origem psicológica é vista inicialmente pelos médicos, e se a administração de benzodiazepinas é iniciada neste momento, e erroneamente, pode levar a um ciclo vicioso que dura, muitas vezes, anos.

Como vimos ao longo do estudo a intervenção psicológica pode contribuir de certa forma para a diminuição do consumo de benzodiazepinas. A efetividade da intervenção psicológica visa promover um bem-estar no indivíduo. O importante papel que os psicólogos desempenham junto de doentes que constantemente recorrem aos seus médicos com problemas que, mais do que um tratamento farmacológico, exigem um investir no crescimento pessoal do sujeito, ou mesmo um apoio psicológico e de educação para a saúde, através do construir de uma relação terapêutica sólida. Sendo que este trabalho resulta através de profissionais treinados nesse campo.

Posto isto, a terapia cognitivo-comportamental parece ser a mais ajustada nos cuidados de saúde primários em que este modelo inspirou-se nos pressupostos da abordagem comportamental para análise e avaliação dos processos internos. Como tal, para promover comportamentos saudáveis é fundamental considerar uma multiplicidade de fatores pessoais integrados na compreensão que o indivíduo tem do seu comportamento, bem como das suas

crenças. Só a pessoa tem o poder para a mudança e esta só existirá se o próprio reconhecer estes fatores como prejudiciais ou inadaptativos (Gonçalves, 2000).

Torna-se fulcral que os cuidados de saúde primários tenham uma cobertura para dar resposta às diversas necessidades dos cidadãos.

Em suma, a principal conclusão que a nosso ver é pertinente é a necessidade de informar o paciente sobre as alternativas às benzodiazepinas, concretamente o acompanhamento psicológico em perturbações psicológicas.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, D. R., Victor, M. & Ropper, A. H. (1999). *Neurologia*. 6ª Edição. Sociedade Técnico-Medicinal, p.445
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª Edição). Braga: Psiquilíbrios edições
- Almeida, L., Coutinho, E. & Pepe, V. (1994). Consumo de medicamentos psicotrópicos los uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. *Cad Saúde Pública*, 10(1), 5-16
- Alto Comissário da Saúde – Ministério da Saúde. (2010). Evolução do Indicadores PNS 2004-2010
- Álvarez, T., Castro, M. J., Morente, C. & Fernández, J. (2002). Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. *Aten Primaria*, 30(5), 297-303
- Anthierens, S., Habraken, H., Petrovic, M. & Christiaens, T. (2007). The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: a qualitative study on GPs` perspectives. *Scand J Prim Health Care*, 25(4), 214-9
- António, A. & Remísio, A. (2002). Evolução do consumo de benzodiazepinas em Portugal de 1995 a 2001. *Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde*, pp. 1-18
- Ashton, H. (1994). Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. *Drugs*, 48, 25-40
- Auchewski, L., Andreatini, R., Galduróz, J. C. & Lacerda, R. B. (2004). Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Rer Bras Psiquiatr*, 26(1), 24-31
- Authier, N., Balayssac, D., Sautereau, M., Zangarelli, A., Courty, P., Somogyi, A., Vennat B., Llorca, P. & Eschalier, A. (2009). Benzodiazepine dependence: focus on withdrawal syndrome. *Ann Pharm Fr* 67(6), 408–13
- Baillargeon, L., Landreville, P., Verreault, R., Beauchemin, J., Grégoire, J. & Morin, C. M. (2003). Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated

with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *Canadian Medical Association or its licensors*, 169(10), 1015-20

- Bakhshani, M., Lashkaripour, K. & Sadjadi, A. (2007). Effectiveness of Short Term Cognitive Behavior Therapy in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *J Med Sci*, 7(7), 1076-1081
- Barbone, F., McMahon, A., Davey, P., Morris, A., Reid, I., McDevitt, D., McDonald, T. (1998). Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *The Lancet*, 352, 1331-6
- Bashir, K., Rei, M. & Ashworth, M. (1994). Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *Br J Gen Pract*, 44(386), 408-12
- Bell, J. (2004). *Como realizar um projecto de investigação* (3ª edição). Lisboa: Gradiva.
- Bendtsen, P., Hensing, G., Mckenzie, L. & Stridsman, A. K. (1999). Prescribing benzodiazepines – a critical incident study of a physician dilemma. *Soc Sci Med* 49(4), 459-67
- Béresniak, A. & Duru, G. (1999). *Economia da Saúde*. Editores Climepsi
- Bisaga, A. (2006). Benzodiazepines and other sedatives and hypnotics, w textbook of substance abuse treatment. *The American Psychiatric*, 7-10
- Bjerrum, L., Christensen, P. & Larsen, H. (1993). Prescription of benzodiazepines in general practice. *Almen Medicin*, 155(5), 315-9
- Borkovec, D. T. & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 153-8
- Brown, G. & Harris, T. (1978). Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. *Psychological Medicine*, 8, 577-588
- Butler, G., Fennel, M., Robson, P. & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consulting Clin Psychol*, 59, 167-175

- Cadilhe, S. (2004). Benzodiazepinas - prevalência de prescrição e concordância com os motivos de consumo. *Rev Port Clin Geral*, 20, 193-202
- Câmara, H., Rocha, C. & Balteiro, J. (2011). Grau de conhecimento e consumo de psicofármacos dos alunos da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. *Rev Port Saúde Pública*, 29(2), 173-179
- Carlson, L. & Bultz, B. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(8)
- Carlson, L. & Bultz, B. (2003). Efficacy vs cost of psychosocial. An evidence-based call for action. *Protocols & Practices*, 1(2), 34-51
- Cascade, E., Kalali, A. H., Kwentus, J. A. & Bharmal, M. (2009). Trends in CNS prescribing following the economic slowdown. *Psychiatry* 6(1), 15-7
- Chen, K., Berger, C., Forde, D., D'Adamo, C., Weintraub, E. & Gandhi, D. (2011). Benzodiazepine use and misuse among patients in a methadone program. *M C Psychiatry*, 19(11), 90-1
- Cook, J. M., Marshall, R., Masci, C. & Coyne, J. C. (2007). Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study. *J Gen Intern Med*, 22(3), 303-7
- Cormack, M. A. & Sinnott, A. (1983). Psychological alternatives to long-term benzodiazepine use. *J R Coll Gen Pract*, 33, 279-81
- Cormack, M. A., Owens, R. G. & Dewey, M. E. (1989). The effect of minimal interventions by general practitioners on long-term benzodiazepine use. *J R Coll Gen Pract*, 39,408-11
- Coutinho, D., Vieira, N. D., & Teixeira, M. H. (2011). Condução sob influência de benzodiazepinas e antidepressivos. Prescrição Médica e Abuso. *Acta Med port*, 24, 431-438
- Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S. & Andersson, G. (2009). Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 79(9), 1219-29

- Dart, R. C. (2004). *Medical Toxicology*. United States of America (3^a ed.). *Lippincott Williams & Wilkins*, pp. 811-824
- Del Porto, J. A. (2000). Como diagnosticar e tratar ansiedade. *Revista Médica Brasileira*, 57, 65-76
- Downs, W. & Harrison, L. (1998). Childhood victimization and risk for substance problems in later life. *Health Soc Care Community*, 6(1), 35-46
- Escrivá, R., Pérez, A., Lumbreras, C., Molina, J., Sanz, T. & Corral, A. (2000). Prescripción de benzodiazepinas en un centro de salud: prevalência, cómo es su consumo y características del consumidor. *Aten Primaria*, 25(2), 107-117
- Figueiras, A., Caamaño, F. & Gestal Otero, J. (2000). Metodología de los estudios de utilización de medicamentos en atención primaria. *Gaceta sanitaria*, 3, 7-19
- Figueiredo, M. H. (2005). *A procriação medicamente assistida e as gerações futuras*. Gráfica de Coimbra
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 3^a Edição. Loures, Lusociência.
- Fraser, D., Peterkin, G., Gamsu, C. & Baldwin, P. (1990). Benzodiazepine withdrawal: A pilot comparison of three methods. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 231-233
- Friedman, L., Bliwise, D., Yesavage, J. & Salom, S. (1991). A preliminary study comparing sleep restriction and relaxation treatments for insomnia in older adults. *J Gerontol*, 46:P1-8.
- Furtado, C. & Teixeira, I. (2006). Utilização de benzodiazepinas em Portugal continental (1999-2003). *Acta Med Port*, 19, 239-246
- Galleguillos, U. T., Risco, N. L., Garay, L. J., González, A. M. & Vogel, M. M. (2003). Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Rev Med Chile*, 131(5), 535-40
- Gaudreault, P., Guay, J., Thivierge, L. & Verdy, I. (1991). Benzodiazepine poisoning. Clinical and pharmacological considerations and treatment. *Drug Safety* 6, 247-265

- Gibson, J. E., Hubbard, R. B., Smith, C. J. P., Tata, L. J., Britton, J. R., & Fogarty, A. W. (2009). Use of self-controlled analytical techniques to assess the association between use of prescription medications and the risk of motor vehicle crashes. *American Journal of Epidemiology*, *169*, 761-8
- Gómez-Castro, M., Arcos, P., Rubiera, G. & Rigueria, A. (2003). Comparación de los modelos de indicadores de la calidad de la prescripción farmacêutica en atención primaria. *Gac Sanit*, *17*(5), 375-83
- Gonçalves, O. (2000). *Terapias cognitivas: teorias e práticas*. Porto: Edições Afrontamento
- Gorgels, W., Voshaar, R., Mol, A., Van de Lisdonk, E., Balkom, A., Van den Hoogen, H., Mulder, J., Breteler, M. & Zitman, F. (2005). Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: a prospective controlled intervention study. *Drug and Alcohol Dependence*, *78*, 49-56
- Gourion, D. (2003). Les traitements médicamenteux des troubles anxieux. *Annales Médico Psychologiques*, *161*(3), 255-259
- Guedes, M. J. & Carvalho, C. M. (2009). Evolução do consumo de benzodiazepinas em Portugal continental entre 2000 a 2007. Universidade Fernando Pessoa. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, pp. 284-295
- Hallstrom, C. & McClure, N. (2000). *Ansiedade e Depressão: perguntas e respostas*. Lisboa: Climepsi
- Harkness, E. & Bower, P. (2010). On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers (Review). *The Cochrane Collaboration*, *7*, 3-13
- Harrison, E., Haaga, J. & Richards, T. (1993). Self-reported drug use data: what do they reveal? *Am J Drug Alcohol Abuse*, *19*, 423-441
- Hegel, M. T., Ravaris, C. L., Lewis, C. & Ahles, T. A. (1994). Combined cognitive-behavioral and time-limited alprazolam treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, *25*(2), 183-195

- Hespanhol, A., Veiga, G., Ricou, M. (2005). Consulta de psicologia clínica no centro de saúde S. João: Assegurar qualidade na perspectiva de gestão. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 59-64
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R. & Andrews, G. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions generalized anxiety disorder and panic disorder. *Aust NZJ Psychiatry*, 38(8), 602-12
- Holmes, J. (1994). Psychotherapy – a luxury the NHS cannot afford? *British Medical Journal*, 309, 1070-1071
- Hunsley, J. (2003). Cost-effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology*, 44(1), 61-73
- International Narcotic Control Board (INCB)*. Monitoring and supporting Governments`compliance with the international drug control treaties. <http://www.incb.org/>
- Institutes of Health consensus development conference statement: the treatment of sleep disorders of older people. (1991). *Sleep*, 14, 169-177
- Ireland, T. & Widom, C. (1994). Childhood victimization and risk for alcohol and drug arrests. *In J Addict*, 29(2), 235-74
- Isacson, D., Carsjö, Bergman, U. & Blackburn, J. L. (1992). Long-term use, mortality and migration among benzodiazepine users in a Swedish community: An eight-year follow-up. *Journal of Clinical Epidemiology* 45,429-36
- Isacson, D., Bingefors, K., Wennberg, M. & Dahlstrom, M. (1993). Factors associated with high quantity prescriptions of benzodiazepines in Sweden. *Soc Sci Med*, 36, 343-351
- Juergens, S. (1993). Benzodiazepines and addiction. *Recent Advances in Addictive Disorders*, 16, 75-86
- Kan, C. C., Breteler, M. H. & Zitman, F. G. (1997). High prevalence of benzodiazepine dependence in out-patient users, based on the DSM-III-R and ICD-10 criteria. *Acta Psychiatr*, 96, 85-93

- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1998). Kaplan and Sadock`s synopsis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry. 8th ed. Williams&Wilkins, p.447
- Katzung, B. G. (1998). Farmacologia básica e clínica. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, pp. 255-267
- Klosko, S., Barlow, H., Tassinari, R. & Cerny, A. (1990). A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(1), 77-84
- Konopka, A., Pelka-Wysiecka, J., Grzywacz, A. & Samochowiec, J. (2013). Psychosocial characteristics of benzodiazepine addicts compared to not addicted benzodiazepine users. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 10(4), 229-235
- Lader, M. H. (1999). Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified? *Eur Neuropsychopharmacol*, 9(6), S399-S405
- Lance, P., Longo, M. D., Brian, J. & Johnson, M. D. (2000) Addition: Part I. Benzodiazepines-Side effects, abuse risk and alternatives. *Am Fam Physician* 61, 2121-8
- Lapierre, Y. D. (1981). Benzodiazepine withdrawal. *Can J Psychiatry*, 26(2), 93-5
- Layard, R. (2006). The case for psychological treatment centres. *BMJ*, 322(7548), 1030-1032
- Layard, R., Clark, D., Knapp, M. & Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *Centre for Economic Performance*, 829, 3-8
- Lichstein, K. L. & Johnson, R. S. (1993). Relaxation for insomnia and hypnotic medication use in older women. *Psychol Aging*, 8, 103-11
- Lopez-Munoz, F., Alamo, C. & Garcia-Garcia, P. (2011). The discovery of chlordiazepoxide and the clinical introduction of benzodiazepines: Half a century of anxiolytic drugs. *Anxiety Disord*, 554-62
- Magrini, N., Vaccheri, A., Parma, E., D`Alessandro, R., Bottoni, A. & Occhionero, M. (1996). O uso de benzodiazepínicos na população em geral iltaliano: prevalência, padrão de uso e fatores de risco para o uso. *Eur J Clin Pharmacol*, 50(1-2), 19-25

- Marconi, M. & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. (5ª Edição). Editora Atlas
- Maria, V., Pimpão, M. V. & Carvalho, L. (1994). Caracterização do consumo de benzodiazepinas em cuidados de saúde primários. *Rev Port Clín Geral* 11, 99-114
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS*. (3ª Edição). Edições Sílabo
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 455-468
- Mellinger, G. D., Balter, M. B. & Uhlenhuth, E. H. (1985). Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiatry*, 42, 225-232
- Metzger, R. L., Miller, M., Cohen, M., Sofka, M. & Orkovec, D. T. (1990). Worry changes in decision-making: the effect of negative thoughts on cognitive processing. *J Clin Pshychol*, 46, 78-88
- Montgomery, S. A. (1993). *Ansiedade e Depressão*. Lisboa: Climepsi
- Morgan, K., Dallosso, H., Ebrahim, S., Arie, T. & Fentem, P. H. (1988). Prevalence, frequency, and duration of hypnotic drug use among elderly living at home. *Br J Med*, 296, 601-602
- Morin, C. M., & Azrin, N. H. (1988). Behavioral and cognitive treatments of geriatric insomnia. *J Consult Clin Psychol*, 56, 748-53
- Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*, 281, 991-9
- Morin, C., Bastien, C., Guay, B., Radouco-Thomas, M., Leblanc, J. & Vallières, A. (2004). Randomized Clinical Trial of Supervised Tapering and Cognitive Behavior Therapy to Facilitate Benzodiazepine Discontinuation in Older Adults With Chronic Insonmia. *Am J Psychiatry*, 161, 332-342
- Mugunthan, K., McGuire, T. & Glasziou, P. (2011). Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systemic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*, 61(590), 573-8

- Nagy, L. M. (1989). Clinical and medication outcome after short-term alprazolam and behavioral group treatment in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 993-999
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2005). *National Clinical Practice Guidelines*.
- Nordon, D., Akamine, K., Novo, N. & Hübner, C. (2009). Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(3), 152-158
- Nunes, R. (2005). *Regulação da Saúde*. Porto: Vida Económica
- O'Brien, C. P. (2005). Benzodiazepine use, abuse, and dependence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 28-33
- O'Connor, K., Bélanger, L., Marchand, A., Dupis, G., Elie, R. & Boyer, R. (1999). Psychological distress and adaptational problems experienced during discontinuation of benzodiazepines. *Addictive Behaviors*, 24(4), 537-41
- O'Connor, K., Bélanger, L. & Lecomte, Y. (2002). Benzodiazépines: santé mentale et santé sociale. *Santé Mentale au Québec*. Disponível em <http://rsmq.cam.org/smq/portugal/editor/edito16.html>
- O'Connor, K., Marchand, A., Bélanger, L., Mainguy, N., Landry, P., Savard, P., Turcotte, J., Dupuis, G., Harel, F. & Lachance, L. (2004). Psychological distress and adaptational problems associated with benzodiazepine withdrawal and outcome: A replication. *Addictive Behaviors*, 29(3), 583-93
- O'Connor, K., Marchand, A., Brousseau, L., Aardema, F., Mainguy, N., Landry, P., Savard, P., Léveillé, C., Lafrance, V., Boivin, S., Pitre, D., Robilland, S. & Bouthillier, D. (2008). Cognitive-behavioural, pharmacological and psychosocial predictors of outcome during tapered discontinuation of benzodiazepine. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 1-14
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2ª Edição. Climepsi
- Ohayon, M. & Caulet, M. (1996). Psychotropic medication and insomnia complaints in two epidemiological studies. *Can J Psychiatry*, 41, 457-464

- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Evidência Científica sobre Custo-Efectividade de Intervenções Psicológicas em Cuidados de Saúde Primários*.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). (2010). *Health Care Systems: Efficiency & Policy Settings*.
- Osswald, W. & Guimarães, S. (2004). *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas* (4ª Edição). Porto Editora pp. 90-107
- Otto, M. W., Smits, J. & Reese, E. H. (2004). Cognitive-behavioral treatment for anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*, 65, 34-41
- Paprocki, J. (1990). O emprego de ansiolíticos benzodiazepínicos pelo clínico geral e por especialistas não psiquiatras. *Rev ABP-APAL* 64, 305-312
- Parr J., Kavanagh D., Young R. & McCafferty K. (2006). Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: a qualitative analysis. *Soc Sci Med*, 62(5), 1237–1249
- Parr, J., Kavanagh, D., Cahill, L., Mitchell, G. & Young, R. (2008). Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction*, 104, 13-24
- Podhorna, J. (2002). The experimental pharmacotherapy of benzodiazepine withdrawal. *Current Pharmaceutical Design*, 8, 23-43
- Power, G. K., Simpson, J. R., Swanson, V., Wallace, A. L., Feistner, C. A. & Sharp, D. (1990). A controlled comparison of cognitive-behavior therapy, Diazepam, and placebo, alone and in combination, for the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 267-292
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, A. M. (2004). *Psicofármacos – Nova Estratégia*. Lidel, pp 10-29
- Relatório Mundial de Saúde (2008). Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca. Cap. 3 p. 46

- Rickels, K., Case, W., Schweizer, E., Garcia-Espana, F. & Fridman, R. (1990). Benzodiazepine dependence: management of discontinuation. *Psychopharmacol Bull*, 26, 63-8
- Ricou, M. (2012). *Princípios éticos dos psicólogos portugueses*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor apresentada Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra
- Salzman, C. (1990). Benzodiazepine dependence, toxicity, and abuse: A task force report of the American Psychiatric Association. *American Psychiatric Association*, pp. 3-6
- Sammons, M. & Levant, R. F. (1999). Combined Psychosocial and Pharmacological Treatments: Introduction. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6, 1-9
- Sava, F., Yates, B., Lupu, V., Szentagotai, A. & David, D. (2009). Cost-effectiveness and cost-utility of cognitive therapy, rational emotive behavioral therapy, and fluoxetine (prozac) in treating depression: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 36-52
- Schneider-Helmert, D. (1988). Why low-dose benzodiazepine-dependent insomniacs can't escape their sleeping pills. *Acta Psychiatr Scand*, 78, 706-711
- Schwaartz, T., Nihalani, N., Simionescu, M. & Hopkins (2005). History repeats itself: Pharmacodynamic trends in the treatment of anxiety disorders. *Curr Pharm Des*, 11(2), 255-63
- Schweizer, E., Rickels, K. & Uhlenhuth, E. H. (2000). Issues in the long-term treatment of anxiety disorders. In F. E. Bloom, D. J. Kupfer (Eds.) *Psychopharmacology: the fourth generation of progress* (pp. 1349-1359). Disponível em <http://www.acnp.Org/g4/GN401000129/CH127.html>
- Serrão, D., Nunes, R., Antunes, A. & Ricou, M (1999). O debate português sobre as prioridades na área da saúde: Revista de imprensa e análise. *Ética Médica*
- Shader, R. I. & Greenblatt, D. J. (1980). Benzodiazepines: some aspects of their clinical pharmacology. *Drug Concentrations in Neuropsychiatry*, pp. 141-155
- Sim, M. G., Khong, E. & Wain, T. D. (2007). The prescribing dilemma of benzodiazepines. *Aust Fam Pshysician*, 36(11), 923-6

- Simoni-Wastila. & Strickler, M. S. (2004). Risk factors associated with problem use of prescription drugs. *American Journal of Public Health, 94*(2), 266-268
- Sobel, D. (2000). The cost-effectiveness of mind-body medicine interventions. *Prog Brain Res, 122*, 393-412
- Sorock, G. S. & Shimkin, E. E. (1988). Benzodiazepine sedatives and the risk of falling in a community-dwelling elderly cohort. *Arch Intern Med, 148*, 2441-4
- Sramek, J., Zarotsky, V. & Cutler, N. (2002). Generalised Anxiety Disorder: Treatment options. *Drugs, 62* (11) 1635-48
- Stuart, K., Borland, R. & McMurray, N. (1994). Self-efficacy, health locus of control, and smoking cessation. *Addictive Behaviors, 19* (1), 1-12
- Thayer, J. F., Friedman, H. B. & Borkovec, D. T. (1996). Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. *Biol Psychiatry, 39*(4), 255-66
- Trindade, I. (1999). Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica, 17*(3), 569-576
- Tyrer, P. (1993). Benzodiazepine dependence: a shadowy diagnosis. *Biochem Soc Symp, 59*, 107-119
- Van, H. R., Bakker, A. B., Lodder, A. C., Teeuw, K. B., Bakker, A. & Leufkens, H. G. (2003). The impact of attitudes and beliefs on length of benzodiazepine use: a study among inexperienced and experienced benzodiazepine users. *Soc Med Sci, 56*(6), 1345-54
- Verwey, B., Eling, P., Wientjes, H. & Zitman, F. (2000). Memory impairment in those who attempted suicide by benzodiazepine overdose. *J Clin Psychiatr 61*, 456-459
- Vicens, C., Fiol, F., Llobera, J., Campoamor, F., Mateu, C., Alegret, S. & Socías, E. (2006). Withdrawal from long-term benzodiazepine use: randomised trial in Family practice. *Br J Gen Pract, 56*(533), 958-63
- Voshaar, R., Gorgels, W., Mol, A., Balkom, A., Van De Lisdonk, E., Breteler, M., Van Den Hoogen. H. & Zitman, F. (2003). Tapering off long-term benzodiazepine use with or

without group cognitive-behavioural therapy: three-condition, randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 182, 498-504

- Voyer, P., McCubbin, M., Cohen, D., Lauzon, S., Collin, J. & Boivin, C. (2004). Unconventional indicators of drug dependence among elderly long-term users of benzodiazepines. *Issues Ment Health Nurs*, 25(6), 603-28
- Wang, P., Bohn, R., Glynn, R., Mogun, H. & Avorn, J. (2001). Hazardous benzodiazepine regimens in the elderly: effects of half-life, dosage, and duration on risk of hip fracture. *Am J Psychiatr* 158, 892-898
- Westra, H. A. & Stewart, S. H. (2002). As-needed use of benzodiazepines in managing clinical anxiety: Incidence and implications. *Current Pharmaceutical Design*, 8, 59-74
- Westra, H. A., Stewart, S. H., Teehan, M., Johl, K., Dozois, D. J. A. & Hill, T. (2004). Benzodiazepine use associated with decreased memory for psychoeducation material in cognitive behavioural therapy for panic disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 193-208
- Wildes, J., Kalarchian, M., Marcus, M., Levine, M. & Courcoulas, A. (2008). Childhood maltreatment and psychiatric morbidity in bariatric surgery candidates. *Obes Surg*, 18(3), 306-13
- Wiley, J. & Sons (2012). Should benzodiazepines still have a role in treating patients with anxiety disorders? *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 27, 237-8
- Zandstra, S., Furer, J., Van de Lisdonk, E., Bor, J., Zitman, F. & Van Weel, C. (2002). Differences in health status between long-term and short term benzodiazepine users. *Br J Gen Pract*, 52(483), 805-8
- Zandstra, S., Van Rijswijk, E., Rijndersa, C., Van de Lisdonk, E., Bor, J., Van Weel, C. & Zitman, F. (2004). Long-term benzodiazepine users in family practice: differences from short-term users in mental health, coping behavior and psychological characteristics. *Fam Pract*, 21(3), 266-9

ANEXOS

ANEXO 1: Inquérito por Questionário

Este questionário faz parte de uma investigação no Centro de Saúde de S. João. Este estudo tem por objetivo conhecer os padrões de consumo de tranquilizantes, calmantes e soporíferos pelos indivíduos. Assim, vimos pedir a sua colaboração mediante o preenchimento deste questionário. Garantimos-lhe desde já que todos os dados fornecidos são anónimos e confidenciais.

Por favor, responda o mais sincero possível.



SEXO: Feminino Masculino IDADE: ____anos

NÍVEL DE ESCOLARIDADE: Nenhum 4ª ano 6º ano

9º ano 12º ano Licenciatura Outro _____

ESTADO CIVIL: Solteiro Casado/União de facto Divorciado/Separado Viúvo

PROFISSÃO: _____

GRUPO 1

1. Toma algum medicamento para dormir, acalmar ou relaxar? Sim Não SE RESPONDEU “Não” PASSE, POR FAVOR, PARA O GRUPO 2

1.1. Que medicamento(s) toma ? _____

(No final deste questionário encontra-se uma lista de todos os medicamentos utilizados para ajudar a dormir e a acalmar. Caso não de lembre do nome do seu, consulte-a.)

1.2. Porque motivo ou motivos começou a tomar esse(s) medicamento(s)? (pode assinalar mais do que uma opção)

Problemas de sono Ansiedade Tensão Muscular

Preocupação Excessiva Depressão Epilepsia

Outros_____

1.3. Quantos medicamentos desses costuma tomar por dia?_____

1.4. Toma-os sempre à mesma hora? Sim Não

1.5. Há quanto tempo os toma?_____

SE RESPONDEU ÀS PERGUNTAS DO GRUPO 1, PASSE DIRECTAMENTE PARA O GRUPO 3.

GRUPO 2

2. Já alguma vez lhe foi receitado um medicamento para dormir ou para relaxar e acalmar? Sim Não **SE RESPONDEU “Não” PASSE, POR FAVOR PARA O GRUPO**

2.1. Há quanto tempo? _____

2.2. Por que motivo ou motivos? (pode assinalar mais do que uma opção)

Problemas de sono Ansiedade Tensão Muscular

Preocupação Excessiva Depressão Epilepsia

Outros_____

2.3. Que medicamento(s) tomou ? _____

(No final deste questionário encontra-se uma lista de todos os medicamentos utilizados para ajudar a dormir e a acalmar. Caso não de lembrar do nome do seu, consulte-a.)

2.4. Quantos medicamentos desses costumava tomar por dia?_____

2.5. Tomava-os sempre à mesma hora? Sim Não

GRUPO 3

3. Foram receitados por um médico?

Sim

→ Qual médico? Médico de família Psiquiatra Outro _____

Não

→ Foram aconselhados por um amigo Auto-medicou-se
Outra _____

GRUPO 4

4. Já foi ou está a ser acompanhado por um psicólogo?

Fui acompanhado por um psicólogo

Estou a ser acompanhado por um psicólogo

Nunca fui acompanhado por um psicólogo

SE RESPONDEU “Nunca” PASSE, POR FAVOR PARA O GRUPO 4.

4.1. Há quanto tempo, aproximadamente? _____

4.2. Com que frequência ia/ vai às consultas? Semanal Quinzenal
Mensal Outra _____

4.3. Na altura tomava algum medicamento para dormir, para relaxar ou para acalmar?

Sim Não

4.4. Que motivos o(a) levaram a procurar este tipo de ajuda? (pode assinalar mais do que uma opção)

Ansiedade

Depressão

Problemas de sono

Problemas familiares Problemas com amigos Problemas profissionais
 Toxicodependência/Alcoolismo
Outros _____

4.5. A quantas consultas já foi, aproximadamente?

1 2 a 3 3 a 5 5 a 10 10 a 20 mais de 20

4.6. Já alguma vez faltou a alguma consulta? Sim Não

Se SIM:

4.6.1. Aproximadamente, quantas vezes?

1 2 a 3 3 a 5 5 a 10 mais de 10

4.6.2. *Porque motivos?* Incompatibilidade de horário Imprevistos

Falta de vontade Preço elevado/ Dificuldades económicas

Outros _____

4.7. Como avalia os efeitos desse acompanhamento?

Negativos Nem bons nem maus Positivos Muito Positivos

4.8. Como avalia os efeitos desse acompanhamento?

Negativos Nem bons nem maus Positivos Muito Positivos

4.9. Porque motivos terminou?

Objectivos alcançados Dificuldades económicas Senti-me pior

Incompatibilidade de horário Senti que não levava a lado nenhum

Não gostava do(a) psicólogo(a) Outros _____

GRUPO 5

5. Neste momento estaria interessado em ser acompanhado psicologicamente?

Sim Não

5.1. Se SIM, porque motivo ou motivos? (pode assinalar mais do que uma opção)

Ansiedade Depressão Problemas de sono Problemas familiares
Problemas com amigos Problemas profissionais Largar a
medicação

Toxicod dependência/Alcoolismo Curiosidade Outros _____

Muito Obrigada pela sua Colaboração!

**ANEXO 2: Consentimento Informado Participantes do
Estudo**

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

O meu nome é Joana Raquel Regalado Pinto, sou Psicóloga e aluna do 2º Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Portucalense Infante D. Henrique. Encontro-me a realizar uma investigação no âmbito do *Consumo de Benzodiazepinas e Intervenção Psicológica*, tendo por objetivos conhecer os padrões de consumo destes fármacos bem como o recurso a consultas psicológicas. Com o presente trabalho pretende-se adquirir um conhecimento mais aprofundado da temática e assim contribuir para direções futuras que sejam mais promissoras para os seres humanos

A participação na investigação é voluntária. É garantido que o seu nome nunca será publicado em nenhum momento do trabalho, visto que todos os dados recolhidos são ANÓNIMOS.

As informações e dados recolhidos serão tratados com confidencialidade, salvaguardando o anonimato dos intervenientes.

A presença da autora é autorizada pela Direção do Centro de Saúde, uma vez que também foi solicitado o pedido junto dos mesmos. Qualquer questão relacionada com o questionário pode ser esclarecida em qualquer altura com a autora.

É nossa responsabilidade garantir que do processo de recolha de dados não resulta qualquer efeito adverso para os participantes.

O estudo não acarreta custo ou risco para o participante.

Depende de si se quer ou não participar no estudo. É assegurado desde já que mesmo que não queira participar não é prejudicado (a) em nada. E se decidir participar, é sempre livre de desistir se assim o entender, sem necessidade de se justificar.

A Autora

