

# UTILIZAÇÃO DE BENZODIAZEPINAS EM PORTUGAL CONTINENTAL (1999-2003)

CLÁUDIA FURTADO, INÊS TEIXEIRA

Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde. Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento. Lisboa

## RESUMO

**Introdução:** Portugal apresenta dos maiores níveis de utilização de benzodiazepinas ao nível europeu. Este facto veio realçado no relatório do *International Narcotics Control Board*, que aconselha Portugal a analisar a prática actual no que concerne à prescrição e utilização de benzodiazepinas.

Este estudo pretende de um modo geral caracterizar a evolução temporal da utilização das benzodiazepinas em Portugal, assim como identificar assimetrias ao nível das sub-regiões, e a sua relação com alguns dos factores identificados como passíveis de influenciar a utilização destes fármacos.

**Metodologia:** Os dados de utilização de benzodiazepinas ansiolíticas e hipnóticas são relativos aos fármacos prescritos e dispensados em regime de ambulatório à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) durante o período de 1 de Janeiro de 1999 a 31 de Dezembro de 2003. A utilização expressou-se em Doses Diárias Definidas por 1000 habitantes dia (DHD).

**Resultados:** No SNS, entre 1999 e 2003, verificou-se em Portugal Continental uma diminuição da utilização de benzodiazepinas em 1,2%. No entanto, observou-se um crescimento positivo e uma maior utilização das benzodiazepinas ansiolíticas (3,8%; 72,66 DHD), em detrimento das benzodiazepinas hipnóticas (-21,9%; 13,15 DHD).

As despesas com este sub-grupo terapêutico não seguiram a mesma tendência decrescente observada com a utilização. Nestes cinco anos a despesa a PVP cresceu 12% no mercado SNS. As benzodiazepinas ansiolíticas foram responsáveis por 85% do aumento das despesas entre 1999 e 2003.

Ao nível do território nacional existiram algumas assimetrias quer na utilização, quer no padrão de benzodiazepinas utilizadas. Em 2003, Faro, Bragança e Viana do Castelo foram as sub-regiões com menor utilização, e Portalegre e Évora as com maior utilização. Lisboa apresentou o maior decréscimo, quer em termos percentuais (-13,8%) quer em valor absoluto (-13.45 DHD).

**Discussão:** A utilização de benzodiazepinas em Portugal foi considerada como preocupante pelo *International Narcotics Control Board*, pelo que a estabilização da utilização destes fármacos é um dado potencialmente positivo.

Existiram assimetrias regionais não só nos níveis de utilização de benzodiazepinas ansiolíticas e hipnóticas, mas também no tipo de benzodiazepinas consumidas. Estas diferenças não parecem ser atribuíveis totalmente à estrutura etária da população, nível de desemprego ou ao número de reformados uma vez que não se verificou uma correlação estatisticamente significativa entre estas variáveis e a utilização de benzodiazepinas. Pelo que, as variações na utilização de benzodiazepinas em Portugal devem ser condicionadas pela combinação de diferentes factores.

É, deste modo, importante reforçar as iniciativas destinadas quer aos prestadores de cuidados de saúde quer aos utentes, conducentes a uma diminuição do uso crónico destes fármacos.

*Palavras-chave:* benzodiazepinas; utilização de medicamentos; Farmacoepidemiologia

**SUMMARY****BENZODIAZEPINE'S UTILIZATION IN CONTINENTAL PORTUGAL  
(1999-2003)**

**Introduction:** Portugal has one of the highest levels of benzodiazepine's utilization at European level. This issue was highlighted on the latest *International Narcotics Control Board* report, which advises Portugal to analyse the actual procedures on prescription and utilization of these drugs.

This study aimed to analyse Portuguese benzodiazepine's utilization patterns and trends at regional and national level, and analyse its relation with factors known to affect the utilization of these drugs.

**Methodology:** Drug utilization data refers to the drugs prescribed and dispensed in the ambulatory to the population covered by the National Health Service, from 1<sup>st</sup> January 1999 to 31<sup>st</sup> December 2003. Data was expressed in Defined Daily Dose (DDD) per 1000 inhabitants per day (DHD).

**Results:** In the Portuguese National Health Service during the period in study there was a decrease of 1,2% on benzodiazepine's utilization. Nevertheless, it was observed an increase on anxyolitics benzodiazepine's utilization (3,8%;72,66 DHD), although hypnotics benzodiazepine's suffered a marked decrease (-21,9%;13,15 DHD).

The expenditure has not followed the utilization's trend, and in the period in study the retail sale price expenditure increased 12%. Anxyolitic benzodiazepine's utilization accounted for 85% of the growth on expenditure observed in this study.

At national level there were some asymmetries either on utilization's level or on drug utilization's pattern. In 2003, Faro, Bragança and Viana do Castelo were the sub-regions with the lowest utilization level and Portalegre and Évora the ones with the highest levels. Lisbon presented the highest decrease either on percentual (-13,8%) or on absolute (-13.45 DHD) values.

**Discussion:** Benzodiazepine's utilization in Portugal was considered of concern by *International Narcotics Control Board*. Therefore the stabilization on utilization, with even a small decrease, should be considered potentially positive.

The asymmetries either on utilization's level or on drug utilization's pattern do not seem to be totally attributable to age-structure, unemployment levels or the percentage of retired people, as there wasn't a statistical significant relation between these variables. For this reason the variations on Benzodiazepine's utilization in Portugal seem to be attributed to a combination of different factors, which emphasize the need of more initiatives conducted to health care professionals and patients, in order to diminish the chronic use of these drugs.

*Key-words: Benzodiazepines; Drug Utilization; Pharmacoepidemiology*

## INTRODUÇÃO

As Benzodiazepinas são fármacos com um bom perfil de segurança e efectivos nas indicações para os quais estão aprovados, quando administrados por curtos períodos de tempo<sup>1,2</sup>. O seu uso durante longos períodos tem sido desaconselhado, devido ao risco de conduzir a habituação, tolerância e dependência<sup>3</sup> que se traduz em síndromes de privação aquando da interrupção do tratamento<sup>4</sup>. O uso crónico destes fármacos, para além dos riscos de dependência, tem efeitos ao nível das capacidades psicomotoras, estando demonstrado que aumenta o risco de fracturas<sup>5</sup> e acidentes de viação<sup>2,4</sup>.

Apesar das recomendações no sentido de uma utilização de apenas duas a quatro semanas no tratamento da ansiedade e insónias, verificou-se que a utilização por longos períodos de tempo é mais comum do que o desejável<sup>4,6</sup> especialmente nos mais idosos. A utilização de benzodiazepinas tem sido associada não só às faixas etárias mais elevadas, mas também ao sexo feminino<sup>7</sup>, aos níveis elevados de desemprego e aos indivíduos em situação de reforma<sup>8-10</sup>.

Outros factores passíveis de influenciar uma utilização prolongada destes fármacos são o desconhecimento da relação risco/benefício deste tipo de tratamento, a medicalização do sofrimento humano e dos problemas sociais, assim como um serviço de saúde incapaz de dar resposta às diferentes solicitações<sup>11,12</sup>.

Não obstante as recomendações para uma utilização restrita destes fármacos, Portugal apresenta dos maiores níveis de utilização de benzodiazepinas ao nível europeu<sup>13-15</sup>. Este facto veio realçado no relatório do *International Narcotics Control Board*<sup>16</sup>, que aconselha Portugal a analisar a prática actual no que concerne à prescrição e utilização de benzodiazepinas.

Na sequência desta recomendação, esta análise pretende de um modo geral caracterizar a utilização e a evolução temporal no consumo das benzodiazepinas em Portugal. Pretende igualmente identificar eventuais assimetrias na sua utilização ao nível das sub-regiões, e se estas estão relacionadas com alguns dos factores identificados como passíveis de influenciar a utilização destes fármacos.

## MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal retrospectivo, descritivo, com uma vertente analítica. O universo alvo deste estudo foram todos os medicamentos comparticipados, prescritos e dispensados em regime de ambulatório (não inclui a utilização no internamento hospitalar) à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde. Os fármacos dispensados à população abrangida pelos subsistemas de saúde não estão incluídos.

Os fármacos estudados correspondem às benzodiazepinas comercializadas em Portugal. Segundo a classificação anatómica, química e terapêutica (ATC 2004) da OMS<sup>17</sup>, estes fármacos correspondem aos subgrupos terapêuticos N05B (Ansiolíticos) e N05C (Hipnóticos e sedativos).

As benzodiazepinas foram classificadas de acordo com o seu tempo de semi-vida em três categorias<sup>13</sup>: Curta duração (menos de 10 horas); Duração Intermédia (de 10 a 30 horas); Longa Duração (mais de 30 horas).

Os dados de utilização foram expressos utilizando a Dose Diária Definida de um fármaco (DDD), que corresponde à dose média diária de manutenção do fármaco, em adultos, para a sua indicação principal. Para que o consumo fosse expresso independentemente da dimensão populacional da região utilizou-se a DDD por 1000 habitantes/dia (DHD).

A despesa foi expressa a Preço de Venda ao Público (PVP), que inclui o encargo para o Estado e para o utente. Foi igualmente determinado o custo de tratamento por dia a partir da fórmula  $CTD = PVP/DDD$  que permite conhecer o custo médio de cada substância activa ou classe terapêutica.

Os indicadores de utilização e de despesa utilizados neste estudo são os recomendados pelo EURO-MED-STAT<sup>18</sup>. Sumariamente, estes indicadores avaliam a evolução da utilização (DHD) e do valor de vendas a PVP no Serviço Nacional de Saúde (SNS), as respectivas quotas de utilização e taxas de crescimento, por classe terapêutica e por substância activa, ao nível de Portugal Continental, regiões e sub-regiões de saúde.

Analisou-se igualmente através do teste de correlação de Pearson, com um nível de significância de 0,05, se existia associação entre a utilização e a estrutura etária, número de reformados e número de de-

sempregados nas sub-regiões de saúde, de acordo com os dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística.

## RESULTADOS

Entre 1999 e 2003 a utilização de benzodiazepinas diminuiu 1,2 % em doses diárias definidas por 1000 habitantes dias (DHD), passando de 86,8 DHD em 1999 para 85,8 DHD em 2003. Até 2001, houve um aumento da utilização de benzodiazepinas, tanto das com indicação ansiolítica como das hipnóticas. A partir de 2001, iniciou-se uma tendência decrescente, tendo sido em 2002 o ano em que se verificou um decréscimo mais acentuado.

«Relativamente à proporção da utilização de benzodiazepinas ansiolíticas e hipnóticas, verificou-se que o consumo das ansiolíticas (72,66 DHD) foi cinco vezes superior ao das hipnóticas (13,15 DHD). Enquanto as ansiolíticas apresentaram um crescimento ao longo do período em estudo de 2,69 DHD, as hipnóticas viram a sua utilização diminuir em 3,7 DHD.

Analisando o quadro II, que apresenta as substâncias activas mais consumidas no SNS em 1999 e em 2003, observa-se que oito das 10 substâncias activas mais consumidas em 1999, mantiveram-se no ranking das mais consumidas em 2003. As novas entradas foram o Zolpidem e

Quadro I – Evolução da utilização de benzodiazepinas (DHD) no mercado do SNS em Portugal por substância activa e duração de acção

Substância Activa	1999	2000	2001	2002	2003	Δ 99-03 (DHD)	Δ 99-03 (%)
Tofizopam	0,00	0,00	0,00	0,00 <sup>a</sup>	0,00 <sup>a</sup>	0,00	-100,0%
<b>Ansiolíticos de Curta Duração</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>-100,0%</b>
Alprazolam	15,79	18,63	20,52	21,24	21,66	5,87	37,2%
Bromazepam	5,56	5,71	5,63	5,38	5,28	-0,29	-5,2%
Lorazepam	16,57	17,11	17,29	16,88	17,45	0,88	5,3%
Medazepam	0,00	0,00	0,00	0,00 <sup>b</sup>	0,00 <sup>b</sup>	0,00	-100,0%
Oxazepam	3,09	3,35	3,18	2,81	2,50	-0,59	-19,0%
<b>Ansiolíticos de Duração Intermédia</b>	<b>41,00</b>	<b>44,79</b>	<b>46,62</b>	<b>46,31</b>	<b>46,88</b>	<b>5,88</b>	<b>14,3%</b>
Cetazolam	0,20	0,19	0,19	0,20	0,18	-0,03	-12,5%
Clobazam	2,28	2,23	2,11	1,96	1,67	-0,61	-26,6%
Clorazepato	2,62	2,62	2,38	1,87	1,68	-0,93	-35,7%
Clordiazepóxido	0,07	0,07	0,05	0,04	0,04	-0,04	-52,6%
Clozazolam	3,74	3,98	4,03	3,88	3,24	-0,50	-13,3%
Diazepam	12,19	12,59	11,95	11,14	10,98	-1,21	-9,9%
Halazepam	1,01	1,01	0,89	0,82	0,75	-0,26	-26,1%
Loflazepato de etilo	3,66	4,17	4,32	3,32	4,02	0,36	9,8%
Mexazolam	3,11	3,29	3,48	3,40	3,18	0,08	2,5%
Nordazepam	0,02	0,01	0,02	0,01	0,01	-0,02	-71,5%
Prazepam	0,06	0,06	0,04	0,03	0,03	-0,04	-58,0%
<b>Ansiolíticos de Longa Duração</b>	<b>28,96</b>	<b>30,20</b>	<b>29,46</b>	<b>26,68</b>	<b>25,77</b>	<b>-3,19</b>	<b>-11,0%</b>
<b>ANSIOLÍTICOS</b>	<b>69,97</b>	<b>74,99</b>	<b>76,08</b>	<b>72,98</b>	<b>72,66</b>	<b>2,69</b>	<b>3,8%</b>
<b>Quota de utilização dos ansiolíticos</b>	<b>80,6%</b>	<b>80,8%</b>	<b>80,7%</b>	<b>82,5%</b>	<b>84,7%</b>	-	-
Brotizolam	2,22	2,20	2,13	2,46	2,27	0,05	2,2%
Midazolam	0,74	0,90	0,96	1,10	1,06	0,32	43,6%
Triazolam	1,39	1,33	1,22	1,19	1,05	-0,33	-23,9%
Zolpidem	2,69	3,38	4,18	4,68	4,23	1,53	56,8%
<b>Hipnóticos de Curta Duração</b>	<b>7,05</b>	<b>7,81</b>	<b>8,49</b>	<b>9,43</b>	<b>8,62</b>	<b>1,57</b>	<b>22,3%</b>
Estazolam	3,27	3,54	3,66	1,77	1,19	-2,08	-63,6%
Flunitrazepam	0,31	0,20	0,13	0,10	0,06	-0,25	-80,7%
Loprazolam	3,02	3,00	2,63	1,20	1,19	-1,84	-60,7%
Lormetazepam	0,37	0,36	0,35	0,25	0,15	-0,22	-60,1%
Temazepam	0,77	0,77	0,74	0,75	0,45	-0,32	-41,6%
<b>Hipnóticos de Duração Intermédia</b>	<b>7,74</b>	<b>7,87</b>	<b>7,51</b>	<b>4,06</b>	<b>3,03</b>	<b>-4,70</b>	<b>-60,8%</b>
Flurazepam	1,81	1,85	1,91	1,73	1,31	-0,50	-27,6%
Quazepam	0,25	0,26	0,25	0,24	0,18	-0,07	-26,5%
<b>Hipnóticos de Longa Duração</b>	<b>2,06</b>	<b>2,11</b>	<b>2,17</b>	<b>1,97</b>	<b>1,49</b>	<b>-0,57</b>	<b>-27,4%</b>
<b>HIPNÓTICOS</b>	<b>16,84</b>	<b>17,78</b>	<b>18,16</b>	<b>15,46</b>	<b>13,15</b>	<b>-3,70</b>	<b>-21,9%</b>
<b>Quota de utilização dos hipnóticos</b>	<b>19,4%</b>	<b>19,2%</b>	<b>19,3%</b>	<b>17,5%</b>	<b>15,3%</b>	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>86,81</b>	<b>92,77</b>	<b>94,24</b>	<b>88,44</b>	<b>85,80</b>	<b>-1,01</b>	<b>-1,2%</b>

o Brotizolam. O Estazolam foi a substância activa com maior diminuição no consumo (-2,08 DHD) no SNS.

Quadro II – Substâncias activas mais utilizadas em 1999 e em 2003

1999	DHD	2003	DHD
Lorazepam	16,57	Alprazolam	21,66
Alprazolam	15,79	Lorazepam	17,45
Diazepam	12,19	Diazepam	10,98
Bromazepam	5,56	Bromazepam	5,28
Cloxazolam	3,74	Zolpidem	4,23
Loflazepato de etilo	3,66	Loflazepato de etilo	4,02
Estazolam	3,27	Cloxazolam	3,24
Mexazolam	3,11	Mexazolam	3,18
Oxazepam	3,09	Oxazepam	2,50
Loprazolam	3,02	Brotizolam	2,27
% relativamente ao total de benzodiazepinas	79%	% relativamente ao total de benzodiazepinas	85%

Relativamente ao ano de 2003, verificou-se que estas 10 substâncias activas correspondiam a 85% do consumo total de benzodiazepinas (74,81 DHD).

Quanto à duração de acção, nas benzodiazepinas com acção ansiolítica verificou-se que as de longa duração tiveram um decréscimo na sua utilização, enquanto as de duração intermédia apresentaram um aumento no período em estudo. As benzodiazepinas ansiolíticas de duração intermédia foram as que apresentaram uma maior taxa de utilização, representando 64,5% do consumo total desta classe.

Relativamente às benzodiazepinas hipnóticas observou-se um decréscimo acentuado das de duração intermédia, as de curta duração aumentaram até ao ano 2002, mas a partir desse ano também tiveram a sua utilização reduzida.

Quando nos reportamos às despesas verificou-se um crescimento nas despesas a PVP, entre 1999 e 2003, de 12,9%. O aumento verificado ocorreu até ao ano 2001, momento a partir do qual se verificou uma estabilização nas despesas a PVP. Dentro desta classe de fármacos, as benzodiazepinas ansiolíticas foram responsáveis por 85% do aumento verificado neste período.

Como se pode observar na figura 1, as tendências de evolução da utilização e da despesa não foram idênticas. O facto das despesas terem aumentado no período em estudo, independentemente da diminuição da utilização das benzodiazepinas significa que apesar de se estarem a utilizar menos doses por 1000 habitantes dia estas são mais onerosas.

Relativamente à distribuição da utilização de benzodiazepinas, no período em estudo, verificaram-se algumas

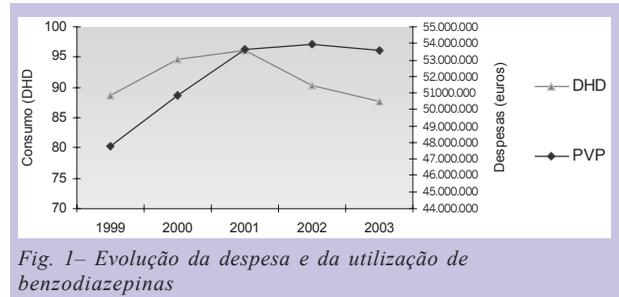


Fig. 1 – Evolução da despesa e da utilização de benzodiazepinas

assimetrias em Portugal Continental, quer nos níveis de utilização por 1000 habitantes, quer nas taxas de crescimento.

O Alentejo foi a região de saúde com maior utilização por habitante em todos os anos analisados, embora se observe uma diminuição a partir de 2001, à semelhança do observado nas outras regiões (figura 2).

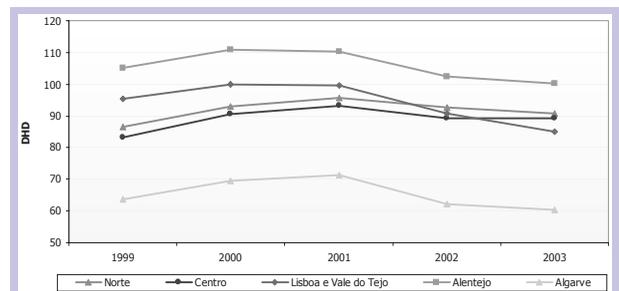


Fig. 2 – Evolução da utilização anual de benzodiazepinas (DHD) por Região de Saúde

A Região de Lisboa e Vale do Tejo foi a segunda região com maior utilização, mas foi a que apresentou o maior decréscimo na utilização destes medicamentos durante o período em análise, sendo ultrapassada em valor pelas regiões Norte e Centro em 2002 e 2003, respectivamente.

A região do Algarve foi a que apresentou uma menor utilização de benzodiazepinas por habitante, também se verificando nesta região um decréscimo após o ano de 2001.

Em 1999, Faro, Bragança e Viana do Castelo foram as sub-regiões com menor utilização em DHD de benzodiazepinas, e Portalegre e Évora as sub-regiões com maior utilização. Apesar de algumas oscilações ao longo do período em estudo, estas sub-regiões mantiveram em 2003 as suas posições no que se refere à utilização de benzodiazepinas.

As assimetrias ao nível das sub-regiões de saúde reflectiram-se não só nos níveis de utilização, mas também no tipo de benzodiazepinas utilizadas.

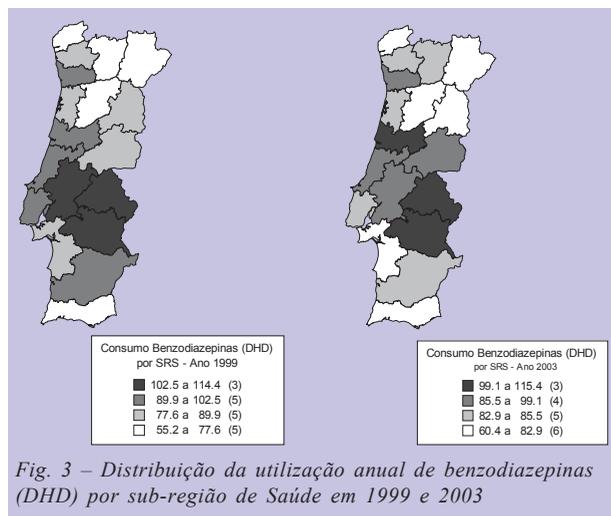


Fig. 3 – Distribuição da utilização anual de benzodiazepinas (DHD) por sub-região de Saúde em 1999 e 2003

Pela observação da figura 4, verifica-se que a maior utilização de benzodiazepinas ansiolíticas foi observada na região do Centro. As regiões do Algarve e do Alentejo, à excepção da sub-região de Portalegre, foram as que observaram uma menor utilização deste tipo de benzodiazepinas.

No que concerne à distribuição da utilização das benzodiazepinas hipnóticas, esta foi maior nas regiões do Alentejo e de Lisboa e Vale do Tejo (figura 4).

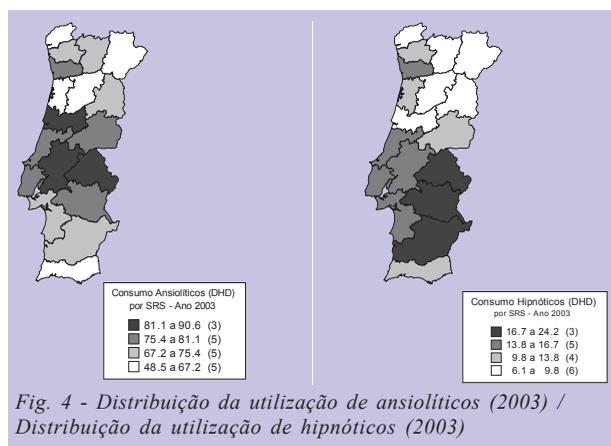


Fig. 4 - Distribuição da utilização de ansiolíticos (2003) / Distribuição da utilização de hipnóticos (2003)

Sabendo-se que o envelhecimento da população é um dos factores que condiciona o consumo de medicamentos, e que a utilização de benzodiazepinas apresenta uma maior prevalência nas faixas etárias mais elevadas, pretendeu-se verificar se os níveis de utilização estavam relacionados com o envelhecimento da população (calculado com base no número de indivíduos com mais de 65 anos por 1000 habitantes).

Observou-se que não existiu uma associação esta-

tisticamente significativa para os anos estudados entre a idade e a utilização total de benzodiazepinas, ansiolíticas ou hipnóticas ( $p > 0.05$ ).

Pelo facto de apresentarem estruturas etárias similares e níveis de utilização diferentes destacam-se as SRS de Bragança, Évora e Beja (figura 5).

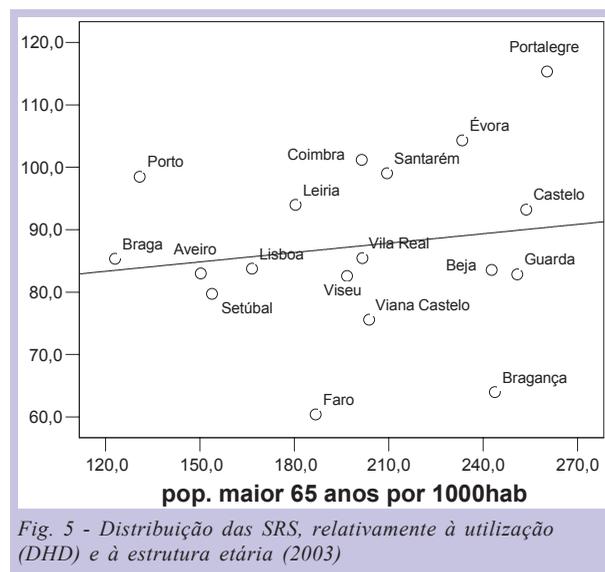


Fig. 5 - Distribuição das SRS, relativamente à utilização (DHD) e à estrutura etária (2003)

Para além da idade, analisou-se a relação entre a utilização de benzodiazepinas e os níveis de desemprego<sup>19</sup> (ano 2001) e o número de indivíduos reformados (ano 2003), ao nível das sub-regiões de saúde. Não se observaram associações estatisticamente significativas em ambos os casos ( $p > 0.05$ ).

### DISCUSSÃO

Em Portugal Continental, entre 1999 e 2003, a utilização de benzodiazepinas diminuiu 1,2% no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Pelos resultados obtidos neste estudo, esta tendência decrescente só se começou a verificar em 2002.

No estudo efectuado pelo Observatório do Medicamento referente ao período 1995 - 2001<sup>13</sup>, foi observado um crescimento de 26% nestes fármacos. Tendo este dado em consideração, estes resultados parecem indicar uma estabilização na utilização de benzodiazepinas, o que representa uma tendência favorável na utilização destas substâncias, pois Portugal é dos países europeus com maiores níveis de utilização de benzodiazepinas<sup>15,16</sup>. Em Espanha, no ano de 2002 foram utilizadas 62 DHD de ansiolíticos e hipnóticos<sup>12</sup>, enquanto em Portugal, nesse mesmo ano, foram utilizadas 88 DHD.

Este decréscimo na utilização pode ser explicado por alguns factores. O aumento do conhecimento do risco de dependência, do síndrome de privação aquando da interrupção do tratamento, e das perturbações psicomotoras derivadas da utilização das benzodiazepinas podem ter contribuído para a diminuição da sua utilização nos últimos dois anos.

Por outro lado a diminuição na utilização de benzodiazepinas, pode apenas ter significado o desvio de prescrição para outras classes terapêuticas, mais recentes, e igualmente com indicação para o tratamento de estados de ansiedade. Os antidepressivos, podem ter sido uma alternativa farmacológica às benzodiazepinas, uma vez que alguns destes fármacos têm indicações em estados de ansiedade associados a depressão.

Para além dos factores atrás citados como passíveis de explicar a diminuição da utilização de benzodiazepinas, existe um outro factor, de carácter regulamentar, que pode também ter condicionado esta tendência, especialmente das benzodiazepinas com acção hipnótica, que foi a implementação do processo de redimensionamento das embalagens.

De acordo com a Portaria n.º 1278/2001, de 14 de Novembro as embalagens comparticipadas destes fármacos não poderiam conter mais de 14 unidades, uma vez que estes fármacos devem ser utilizados por períodos breves, não superiores a duas semanas. A maior parte dos medicamentos abrangidos por esta Portaria tiveram as suas embalagens redimensionadas no decorrer do ano de 2002, pelo que este factor pode ser, em parte, explicativo do decréscimo da utilização verificado a partir deste ano.

No entanto, esta medida pode ter diminuído a utilização ao nível do mercado do SNS, que só se aplica às substâncias comparticipadas, mas não foi impeditivo da aquisição das embalagens de dimensões superiores, uma vez que estas embalagens continuaram a ter vendas no mercado total de medicamentos.

As assimetrias ao nível das sub-regiões de saúde reflectiram-se não só nos níveis de utilização, mas também no tipo de benzodiazepinas prescritas. As benzodiazepinas ansiolíticas foram mais utilizadas na região do Centro e menos utilizadas na região do Algarve e do Alentejo, à excepção da sub-região de Portalegre.

No que concerne à utilização das benzodiazepinas hipnóticas, esta é maior nas regiões do Alentejo e de Lisboa e Vale do Tejo.

Estas diferenças não parecem ser atribuíveis à estrutura etária da população, uma vez que não se verificou uma correlação estatisticamente significativa entre a proporção de indivíduos com mais de 65 anos por 1000 habitantes e os níveis de utilização de benzodiazepinas. Não se observou igualmente uma relação entre os níveis de utilização e os níveis de desemprego e o número de reformados.

Pelo acima exposto, as variações na utilização de benzodiazepinas em Portugal, à semelhança do que acontece com o mercado do medicamento, devem estar condicionadas pela combinação de diferentes factores, tais como a idade e o sexo, o acesso aos cuidados de saúde, as condições sociais, etc<sup>20</sup>.

Embora se tenha observado uma tendência decrescente na utilização de benzodiazepinas, é importante reforçar as iniciativas conducentes a uma diminuição da utilização prolongada destes fármacos. Estas iniciativas devem ser dirigidas aos médicos, farmacêuticos e doentes alertando para os riscos de uma utilização prolongada destes fármacos. Nos casos em que é necessário um tratamento mais prolongado, e sempre que o diagnóstico o justifique, deve ser estimulada a utilização da terapia cognitiva<sup>2</sup>. Como observado num estudo<sup>6</sup> efectuado em Portugal, cerca de 50% das prescrições de ansiolíticos e hipnóticos destinavam-se a utentes que sofriam de perturbações afectiva menor. Estas situações, como também referido no estudo são de curta duração ou facilmente controláveis com terapêuticas alternativas, não se justificando por isso o uso crónico destes fármacos.

## CONCLUSÃO

O consumo de benzodiazepinas em Portugal foi considerado como preocupante pelo *International Narcotic Control Board*, pelo que a tendência de estabilização da utilização destes fármacos nos últimos anos aparenta ser um dado positivo. Estes resultados revelaram algumas assimetrias na utilização de benzodiazepinas em Portugal, quer no que se refere ao nível de utilização quer ao tipo de benzodiazepinas utilizadas. Estas assimetrias deverão ser analisadas em investigações posteriores para uma melhor compreensão da utilização das benzodiazepinas em Portugal Continental.

É deste modo importante reforçar as iniciativas destinadas quer aos prestadores de cuidados de saúde quer aos utentes, conducentes a uma diminuição do uso crónico destes fármacos.

## BIBLIOGRAFIA

1. LANCE P, BRIAN J: Addiction: Part I. Benzodiazepines-Side Effects, Abuse Risk and Alternatives. *Am Fam Physician* 2000; 61(7):2121-8
2. TONKS A: Clinical Review – Treating Generalised Anxiety Disorder. *Br Med J* 2003; 326: 700-702
3. GARRET J, OSSWALD W (Coord.): *Terapêutica Medicamentosa e suas bases farmacológicas: manual de farmacologia e farmacoterapia*. Porto Editora
4. VAN HULTEN R, BAKKER AB, LODDER AC, TEEUW KB, BAKKER A, LEUFKENS HG: The impact of attitudes and beliefs on length of benzodiazepine use: a study among inexperienced and experienced benzodiazepine users. *Social Science & Medicine* 2003;56(6):1345-54.
5. FRENCH DD, CAMPBELL R, SPEHAR A, ANGARAN DM: Benzodiazepines and injury: a risk adjusted model. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2005; 14(1):17-24
6. MARIA V, PIMPÃO MV, CARVALHO ML: Caracterização do Consumo de Benzodiazepinas em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1994; 11:99-114
7. BENDTSEN P, HENSING G, MCKENZIE L, STRIDSMAN AK: Prescribing benzodiazepines- a critical incident study of a physician dilemma. *Social Science & Medicine* 1999; 49(4):459-67
8. MAGRINI N, VACCHERI A, PARMA E et al: Use of benzodiazepines in the Italian general population: prevalence, pattern of use and risk factors for use. *Eur J Clin Pharmacol* 1996;50(1-2):19-25
9. DE LAS CUEVAS C, SANZ E, DE LA FUENTE JA, CABRERA C, MATEOS A: Prescribed daily doses and 'risk factors' associated with the use of benzodiazepines in primary care. *Pharmacoepidemiol and Drug Safety* 1999;8(3):207-16
10. ISACSON D, BINGEFORS K, WENNBERG M, DAHLSTROM M: Factors associated with high-quantity prescriptions of benzodiazepines in Sweden. *Social Science and Medicine* 1993;36(3):343-51.
11. DE LAS CUEVAS C, SANZ EJ: Controversial issues associated with the prescription of benzodiazepines by general practitioners and psychiatrists. *Medical Science Monitor* 2004; 10(7): 288-293
12. GARCIA DEL POZO J, DE ABAJO IGLESIAS FJ, CARVAJAL GARCIA-PANDO A, MONTERO COROMINAS D, MADURGA SANZ M, GARCIA DEL POZO V: The use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain (1995-2002). *Revista Española Salud Publica* 2004; 78(3):379-87
13. ANTÓNIO A, REMÍSIO E: Evolução do consumo de benzodiazepinas em Portugal de 1995 a 2001. *Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde INFARMED* 2002.
14. CARMONA R, BICHO C: Serão as benzodiazepinas a panaceia para todos os males dos portugueses? *Boletim de Farmacovigilância INFARMED* 2001; 5 (1):2-3
15. Medicines Consumption in the Nordic Countries 1999-2003. Disponível em <http://www.nom-nos.dk/Medicinebook/medicines%20consumption.pdf> (acedido em Junho de 2005)
16. International Narcotic Control Board: Report of the INCB for 2004. Disponível em [http://www.incb.org/e/ind\\_ar.htm](http://www.incb.org/e/ind_ar.htm)
17. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology: Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index including defined daily doses (DDD) for plain substances. Disponível em <http://www.whocc.no/atcddd/> (acedido em Janeiro 2005)
18. Euro Med Stat: The Library of European Union Pharmaceutical Indicators. Disponível em <http://www.euromedstat.cnr.it> (acedido em Junho 2005)
19. Instituto Nacional de Estatística: Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt) (acedido em Junho 2005)
20. ALVES E: Importância Económica do Mercado do Medicamento. O Medicamento na Estratégia de Saúde: da Qualidade à Eficiência. 2as Jornadas do INFARMED. Lisboa: INFARMED 1998; 83-95.