

Maria Sofia Sant'Anna Gandra Leite D' Almeida de Araújo Pinto

**Dependência de Benzodiazepinas ou um elefante no meio da sala –
Estudo de Caso**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2017

Maria Sofia Sant'Anna Gandra Leite D' Almeida de Araújo Pinto

**Dependência de Benzodiazepinas ou um elefante no meio da sala –
Estudo de Caso**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2017

Maria Sofia Sant'Anna Gandra Leite D' Almeida de Araújo Pinto

**Dependência de Benzodiazepinas ou um elefante no meio da sala –
Estudo de Caso**

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde sob orientação da Professora Dra. Zélia de Macedo Teixeira

Assinatura_____

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2017

Resumo

O uso indevido de benzodiazepinas pode levar à dependência desta substância, constituindo-se como um grave problema de saúde, de difícil gestão terapêutica. Apesar desta constatação, a prescrição de benzodiazepinas ainda é comumente frequente.

Na literatura existem várias propostas de intervenção terapêutica, que vão desde a redução gradual à intervenção psicoterapêutica. Atendendo ao mencionado, este estudo tem como objetivo compreender a temática específica da adição às benzodiazepinas.

Nesta investigação realizamos um estudo de caso com diagnóstico de dependência de benzodiazepinas. Recorreu-se a *Grounded Theory* para proceder à análise de uma entrevista semiestruturada desenvolvida pela autora, através da metodologia qualitativa utilizada foi possível dar a este trabalho um contorno exploratório e descritivo da vivência de uma participante a quem tentamos dar voz.

Os resultados deste estudo evidenciam o impacto que esta dependência tem na vida dos indivíduos, a dificuldade de retirada destas substâncias, e a falta de respostas adequadas no sistema nacional de saúde, para lidar com o problema.

Podemos concluir que a intervenção psicoterapêutica é de extrema importância para o tratamento deste fenómeno e que a prevenção destas situações deve ser prioritária.

São discutidas implicações, limitações e sugestões para estudos futuros.

Palavras-Chave: Benzodiazepinas; Dependência; Farmacoterapia; Psicoterapia

Abstract

The undue use of benzodiazepines can lead to the dependence of this substance, constituting as a serious health problem, of difficult therapeutic management. Despite this finding, the prescription of benzodiazepines is still common.

In the literature there are several proposals for therapeutic intervention, ranging from the gradual reduction to the psychotherapeutic intervention. In view of the mentioned, this study aims to understand the specific theme of addition to benzodiazepines.

In this investigation, we conducted a case study with a diagnosis of benzodiazepine dependence. Grounded Theory was used to carry out the analysis of a semi-structured interview developed by the author, through the qualitative methodology used it was possible to give to this work an exploratory and descriptive outline of the experience of a participant to whom we try to give voice.

The results of this study show the impact that this dependence has on individuals' lives, the difficulty of withdrawing these substances, and the lack of adequate responses in the national health system to deal with the problem.

We can conclude that the psychotherapeutic intervention is extremely important for the treatment of this phenomenon and that the prevention of these situations must be a priority.

Implications, limitations and suggestions for future studies are discussed.

Keywords: Benzodiazepines; Dependency; Pharmacotherapy; Psychotherapy

Agradecimentos

À participante do estudo, o meu Muito Obrigada pela confiança e colaboração dadas para o estudo e pelo ensinamento que dá através da demonstração de coragem a que são submetidos diariamente.

Agradeço também à Professora Doutora Zélia Teixeira pela orientação, apoio e disponibilidade como orientadora da Dissertação de Mestrado da Universidade Fernando Pessoa, e ainda por ter contribuído, sempre de forma muito presente, no meu percurso desde a licenciatura.

A todos os Professores dos quais tive a honra de ser aluna e o privilégio de receber os seus conhecimentos.

E finalmente, deixo o meu Muito Obrigada a todos os que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional e aos que me apoiaram durante este período de formação, em especial à minha Família.

Índice

Resumo.....	I
Abstract	II
Agradecimentos	III
Índice.....	IV
Índice de Quadros	VI
Índice de Figuras.....	VII
Lista de Abreviaturas	VIII
Introdução.....	9
Capítulo I – Enquadramento Teórico	11
1. O conceito de Ansiedade	11
2. Abordagem Terapêutica na Perturbação da Ansiedade.....	17
2.1. Abordagem psicoterapêutica.....	17
2.2. Abordagem farmacológica.....	20
2.2.1 A especificidade do tratamento com benzodiazepinas:	22
2.2.1.1. Mecanismos de ação das Benzodiazepinas	25
3. Dependência de Benzodiazepinas	30
3.1. Dimensões do conceito de dependência	32
3.2. Dependência de benzodiazepinas	34
3.2.1. Benzodiazepinas e o efeito de tolerância	35

3.2.2. Benzodiazepinas e síndrome de abstinência ou privação	36
3.3. O caso específico da Alprazolam	38
3.4. Intervenção farmacoterapêutica na dependência de benzodiazepinas.....	39
3.5. Intervenção psicoterapêutica na dependência de benzodiazepinas	43
Capítulo II – Investigação Empírica: Estudo de Caso.....	45
1. Objetivo	45
2. Método.....	45
2.1. Participante.....	47
2.2. Instrumentos.....	47
2.3. Procedimento.....	47
3. Apresentação dos Resultados.....	48
3.1. Entrevista Clínica	48
3.1.1.Exame Mental.....	49
3.2. Entrevista qualitativa semiestruturada.....	56
4. Discussão dos Resultados.....	68
Conclusão	71
Referências Bibliográficas	73
Anexos.....	86

Índice de Quadros

Quadro 1 - Programa de redução de uma dose diária de 6 mg de Alprazolam através de substituição por Diazepam	41
Quadro 2 -Medicação da paciente X a 05/05/2008.....	51
Quadro 3 - Medicação da paciente X a 15/12/2008.....	52
Quadro 4 - Medicação da paciente X a 04/03/2009.....	52
Quadro 5 - Medicação da paciente X a 02/06/2015.....	53
Quadro 6 - Medicação da paciente X a 14/07/2015.....	53
Quadro 7 - Medicação da paciente X a 22/11/2015.....	54
Quadro 8 - Medicação atual da paciente X a 15/11/2016	54
Quadro 9 - Análise Funcional da paciente X	55
Quadro 10 - Unidades de análise, Categorias de 2ª e 1ª ordem obtidas na questão 1	57
Quadro 11 - Unidades de análise, Categorias de 2ª e 1ª ordem obtidas na questão 2	Erro!
Marcador não definido.	
Quadro 12 - Unidades de análise, Categorias de 2ª e 1ª ordem obtidas na questão 3	Erro!
Marcador não definido.	
Quadro 13 - Unidades de análise, Categorias de 2ª e 1ª ordem obtidas na questão 4	Erro!
Marcador não definido.	
Quadro 14 - Unidades de análise, Categorias de 2ª e 1ª ordem obtidas na questão 5	Erro!
Marcador não definido.	

Quadro 15 - Unidades de análise, Categorias de 2ª e 1ª ordem obtidas na questão 6 **Erro!**
Marcador não definido.

Quadro 16 - Unidades de análise, Categorias de 2ª e 1ª ordem obtidas na questão 7 **Erro!**
Marcador não definido.

Quadro 17 - Unidades de análise, Categorias de 2ª e 1ª ordem obtidas na questão 8 **Erro!**
Marcador não definido.

Índice de Figuras

Figura 1 - Doses diárias definida (DDD) consumida, por designação comum internacional (DCI) em Portugal em 2014 (adaptado de DGS, 2016).....	24
Figura 2 - Percurso de abstinência do Xanax (adaptado de FDA, 2017; Gerald, 2013; Infarmed, 2017c).....	38

Lista de Abreviaturas

APA – American Psychiatric Association

BZD(s) – Benzodiazepina(s)

DSM 5 – Manual diagnóstico e estatístico de perturbações mentais - 5ª Edição

PAG – Perturbação de Ansiedade Generalizada

TCC – Terapia cognitivo-comportamental

Introdução

Iniciamos a presente dissertação com uma constatação do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2016, p.65), que refere “*Sem querer diabolizar esta classe farmacológica, útil e necessária, é preciso assumir a existência de um problema de saúde pública na prescrição de benzodiazepinas*”, que alerta para um problema de relevo crescente no domínio da saúde, que se prende com o aumento da prescrição excessiva e inapropriada e com o conseqüente uso indevido das benzodiazepinas (BZDs) (Lopes, Yaphe, & Ribas, 2014).

Desde o seu surgimento, há cerca de 50 anos (Donoghue & Lader, 2010; Hetem & Graeff, 2005;), que as BZDs se tornaram num fármaco amplamente prescrito para uma variedade de condições, em especial a ansiedade e insónia (Ashton, 2005; Ashworth, Gerada, & Dallmeyer, 2002; Fresán, Minaya, Cortés-López, & Ugalde, 2011; Longo & Johnson, 2000; Salzman, 1998; Lader, 2011; Manthey, et al., 2012; Maremmani et al., 2013; Quaglio, Pattaro, Gerra, Mathewson, Verbanck, Des Jarlais, & Lugoboni, 2012; Tan, Rudolph, & Lüscher, 2011; Voyer, et al., 2011), dada a sua eficácia e rapidez no controlo dos sintomas ansiosos (Hetem & Graeff, 2005; Donoghue & Lader, 2010).

A ansiedade é um problema altamente prevalente e incapacitante (Baldomero, 2001; Correia et al., 2014; Mathew, Price, & Charney, 2008; Monteiro-Ferreira, 2014), em particular na sua dimensão geralmente denominada como Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG), que é uma das perturbações mentais crónicas mais comuns e incapacitantes (Andrews et al., 2010; Lader, 2015; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006; APA, 2014).

Apesar da evidência da intervenção psicoterapêutica, nomeadamente a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) ao nível da ansiedade (Dugas et al., 2010; Galperyn, Crockford, & el-Guebaly, 2014; Moriana, Gálvez-Lara, & Corpas, 2017; Knekt et al., 2008; Cuijpers et al., 2014; Behar et al., 2009; Hood, Norman, Hince, Melichar, & Hulse, 2012; Donoghue & Lader, 2010), os pacientes ansiosos são mais propensos a escolher a farmacoterapia do que a psicoterapia (Bagby, Psych, Quilty, & Ryder, 2008; Konopka, et al., 2013).

Contudo, a utilização da farmacoterapia, em específico o uso das BZDs requer diversas precauções (Longo & Johnson, 2000), uma vez que estas apenas se demonstram seguras e eficazes para o tratamento a curto prazo, podendo o seu uso a longo prazo levar ao desenvolvimento de tolerância e dependência (Ashton, 2005; Donoghue & Lader, 2010; Fresán et al., 2011; Longo & Johnson, 2000; Maremmani et al., 2013; Salzman, 1998; Tan, Rudolph, & Lüscher, 2011) assim como apresenta inúmeras consequências e efeitos indesejados (APA, 2014; Ashton, 2005; Braunwald et al., 2004; Breggin, 1998; Brett & Murnion, 2015; Coutinho, Vieira, & Teixeira, 2011; Gérardin, et al., 2014; Hallstrom e McClure, 1999; Konopka, et al., 2013; Lader, 2011; Maremmani et al., 2013; Pires, 2003; Voyer, et al., 2011; Zandstra, et al., 2004).

Neste estudo, tal como referido no início, expõe-se a problemática do uso indevido e da dependência de BZDs, como um grave problema de saúde (Fresán et al., 2011; Hernandez & Nelson, 2010), que apesar de existirem várias possibilidades terapêuticas para a sua gestão e tratamento (Ashton, 2005; Brett & Murnion, 2015; 1994; Liebrez et al., 2016; Quaglio et al., 2012;), nenhuma se tem revelado particularmente eficaz (Maremmani et al., 2013).

Atendendo ao referido, delineamos como questão central da investigação a dependência de benzodiazepinas, tendo por objetivos compreender a temática específica da adição às benzodiazepinas e contribuir para a produção de conhecimento no domínio de um comportamento aditivo decorrente da prescrição legal de um psicofármaco. Para o efeito fizemos um estudo de caso, com recurso a metodologia *Grounded Theory*, ou Teoria Sustentada nos Dados.

Esta dissertação está estruturada em dois capítulos. O primeiro capítulo engloba o enquadramento teórico onde começamos por abordar a ansiedade enquanto perturbação, passando de seguida aos tratamentos disponíveis para este problema, mais especificamente, o tratamento por benzodiazepinas e a sua dependência. No segundo capítulo apresenta o estudo empírico realizado através de um estudo de caso e de acordo com o modelo de índole qualitativa *Grounded Analysis* procedeu-se à análise da entrevista, percorrendo as diferentes fases até chegar às categorias de 1ª ordem. Para terminar, apresentam-se as conclusões finais do estudo, discutindo principais implicações, limitações e sugestões para estudos futuros.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. O conceito de Ansiedade

As perturbações de ansiedade são uma classe de perturbações psiquiátricas altamente prevalente e incapacitante (Baldomero, 2001; Correia, Guerreiro & Barbosa, 2014; Mathew et al., 2008; Monteiro-Ferreira, 2014), sendo que a maioria se desenvolve durante a infância com tendência a persistir na idade adulta de não forem tratados adequadamente (American Psychiatric Association, APA; 2014). Não obstante, a ansiedade é um sintoma também predominante na maioria das outras perturbações psiquiátricas (Monteiro-Ferreira, 2014; Spielberger, 2010), principalmente nos quadros de perturbações de humor em específico a depressão (APA, 2014).

A ansiedade foi definida por Sigmund Freud como um estado emocional que incluiu sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo e preocupação acompanhados de excitação fisiológica (Spielberger, 2010). De facto, muitas das definições encontradas vão de encontro com o referido, mencionando que a ansiedade é uma resposta natural, emocional e intrínseca, uma forma de adaptação e alerta essencial ao ser humano, que todos os indivíduos experienciam como resultado da antecipação de situações assustadoras (Baldomero, 2001; Hallstrom & McClure, 1999; Monteiro-Ferreira, 2014; Paulino & Godinho, 2005; Spielberger, 2010).

Tendo em conta que a ansiedade é uma resposta emocional e fisiológica, importa abordar as emoções, que sabemos que interferem em todas as dimensões da vida do indivíduo, desde o nível cognitivo, comportamental e até mesmo ao nível biológico, sendo o seu impacto suscetível de determinar saúde ou doença (Santos, 2000). As emoções são então resultado de um conjunto de processos fisiológicos que ocorrem no organismo que determinam o bem-estar físico e mental do indivíduo (Punset, 2008; Santos, 2000).

Neste sentido, as emoções positivas promovem um maior bem-estar subjetivo, reforçando os comportamentos de aproximação com os estímulos (Davidson & Irwin, 1999), enquanto as emoções negativas tornam-se de tal forma tóxicas, conseguem a dominar a vida do indivíduo, retirando-lhe energia e perspetivas de futuro (Stamates,

2011). Como tal, as emoções negativas podem levar a que muitos se sintam subjugados às suas emoções, sendo incapazes de enfrentar as situações porque a ansiedade não permite um comportamento eficaz (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2011), constituindo-se assim como fator de vulnerabilidade individual para o desenvolvimento de uma perturbação psicológica como a ansiedade e a depressão (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2010).

Os sintomas mais comuns de ansiedade são os que se seguem (Adaptado de Baldomero, 2001; Correia, et. al. 2014; Hallstrom & McClure, 1999):

Físicos - Dispneia¹; Dor torácica; Sensação de opressão pré-cordial²; Sensação de nó na garganta; Palpitações; Taquicardia; Cefaleias; Dores difusas; Aumento ou diminuição do apetite; Dispepsia³; Alterações do transito intestinal; Calafrios; Fadiga; Parestesias⁴; Tremor; Náuseas; Hiperventilação.

Psíquicos - Tensão; Nervosismo; Inquietação; Intranquilidade; Medo; Insegurança; Apreensão; Irritabilidade; Agressividade; Impaciência; Comportamento de evitamento; Falta de concentração; Distratibilidade; Hipervigilância com reações de alarme exageradas e insónia.

Os sintomas de ansiedade podem ocorrer em casos que não preenchem os critérios completos de perturbações de ansiedade e estas existem frequentemente em indivíduos com ou sem doenças mentais (Monteiro-Ferreira, 2014, p.327 e 328).

As perturbações de ansiedade envolvem mais do que preocupação temporária ou medo, nestes casos, a ansiedade não desaparece e pode agravar com o tempo, causa enorme sofrimento ao individuo, interferindo em todas as áreas da vida do individuo, nas suas com as atividades diárias, no desempenho escolar e/ou profissional, e nos relacionamentos interpessoais (Baldomero, 2001; Correia, et. al. 2014; Monteiro-Ferreira, 2014).

De facto, e em específico ao nível da ansiedade, se os sintomas se tornam intensos, desmesurados e incontroláveis, provocando um vasto leque de manifestações

¹ Falta de ar

² Sensação de peso e dor no peito

³ Dificuldade de digestão

⁴ Sensações cutâneas subjetivas, tais como, frio, calor, formigueiro, pressão, etc.

físicas e psicológicas, acrescidas de alterações de comportamento e crenças, reduzindo a qualidade de vida do indivíduo, então estamos perante uma ansiedade patológica, ou seja, uma perturbação de ansiedade, causando enorme sofrimento ao indivíduo (Baldomero, 2001; Correia et al., 2014; Monteiro-Ferreira, 2014).

Procurando compreender as características das perturbações de ansiedade, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais DSM 5 (APA, 2014), estas perturbações são caracterizadas por medo e ansiedade excessivos ou persistentes para além dos períodos considerados adaptativos ou apropriados a um determinado evento de desenvolvimento (APA, 2014). De acordo com este manual, o medo consiste na resposta emocional a uma ameaça real ou percebida como tal, ao qual se associa com frequência períodos de excitabilidade autonómica aumentada, necessária para luta ou fuga e pensamentos de perigo imediato. Por sua vez, a ansiedade é antecipação a uma possível ameaça futura, associada a tensão muscular e estado de vigilância que leva a preparação para perigo futuro, com comportamentos de cuidado ou evitamento. Também é frequente os ataques de pânico serem associados às perturbações de ansiedade como uma resposta ao medo, contudo, não é exclusivo desta perturbação (APA, 2014).

Ainda de acordo com o DSM 5, existem vários tipos de perturbações de ansiedade, geralmente organizados consoante os estágios de desenvolvimento, nomeadamente: a perturbação de ansiedade de separação (apreensão ou ansiedade quanto à separação das figuras de apego); mutismo seletivo (dificuldade em falar em situações sociais nas quais existe expectativa que se fale); fobias específicas (apreensão, ansiedade ou fuga de objetos ou situações circunscritas); ansiedade ou fobia social (medo, ansiedade ou fuga de interações e situações sociais que possam ser avaliados); perturbação de pânico (ataques de pânico inesperados recorrentes e/ou medo persistente com a possibilidade de sofrer novos ataques de pânico); agorafobia (medo e ansiedade de estar sozinho situações sociais devido a pensamentos de ser difícil escapar ou ter ajuda se tiver um ataque de pânico); perturbação de ansiedade generalizada (ansiedade e preocupação persistente e excessiva em vários domínios que se encontre dificuldade em controlar); e perturbação de ansiedade induzido por substâncias (intoxicação ou abstinência) ou devido a outra condição médica (APA, 2014).

De acordo com a WHO (2017), as perturbações da ansiedade estão em 6º lugar na lista de perturbações mentais mais comuns, por serem altamente prevalentes na população, e incapacitantes, que provocam perdas de saúde generalizada e na qualidade de vida do indivíduo (Andrews et al., 2010; Lader, 2015; Spitzer et al., 2006).

De seguida, iremos abordar a Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG), que vai ser um dos focos de discussão neste estudo, por ser a Perturbação diagnosticada ao participante do estudo.

A PAG é considerada na literatura como uma perturbação crónica (Andrews et al., 2010; APA, 2014), podendo haver remissões e recidivas ao longo da vida (APA, 2014).

De acordo com uma revisão de vários estudos, a sua prevalência está estimada na prática médica geral em 2,8% a 8,5% e na população geral de 1,6% a 5,0% (Spitzer et al., 2006). A prevalência a 12 meses na população em geral no mundo varia entre 0,4 a 3,6% (APA, 2014). Na Europa, identificada como a região com maior prevalência do mundo (APA, 2014) constatou-se, com base em diversos estudos epidemiológicos, uma prevalência de 12 meses entre 1,7% e 3,75%, sendo mais comum na idade avançada (Lader, 2015).

As características diagnósticas da PAG sofreram mudanças consideráveis ao longo dos últimos 20 anos, evoluindo de condição leve caracterizada por um conjunto expansivo de sintomas ansiosos (DSM-III), passando para uma perturbação incapacitante tipificada por preocupação excessiva e incontrolável (DSM-IV-TR) (Dugas, Brillon, Savard, Turcotte, & Gaudet, 2010).

Atualmente, no DSM 5 a PAG tem como características principais a ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, acerca de diversos eventos ou atividades quotidianas, que são desproporcionais à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado. Não obstante, a pessoa tem dificuldade em controlar a preocupação ou evitar que os pensamentos preocupantes interfiram de forma significativa no funcionamento psicossocial, que lhes causa sofrimento e prejuízo nas várias áreas importantes da sua vida (APA, 2014). Como podemos constatar, a classificação de PAG requer uma ansiedade excessiva e difícil de

controlar e preocupação com uma série de atividades ou eventos por 6 meses ou mais (Andrews et al., 2010).

De acordo com a literatura, a principal característica da PAG, que a destaca das outras perturbações de ansiedade é uma preocupação excessiva e inadequada que é persistente e não restrita a circunstâncias particulares (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman, & Staples, 2009; Dugas et al., 2010; Lader, 2015). De facto, as teorias atuais sugerem que a PAG se distingue por um componente específico da ansiedade - a preocupação - que é excessiva e generalizada para uma série de eventos e atividades futuras, sendo aplicadas negativamente estratégias de *coping* evasivas que estão associadas a sensação de inquietação, tensão muscular e com os comportamentos consequentes (evitação, procrastinação, tranquilidade) que tentam reduzir a preocupação e / ou aflição emocional / afetiva. (Andrews et al., 2010).

De um modo geral, os indivíduos com PAG são mais sensíveis a sentirem-se emocionalmente vulneráveis a eventos negativos inesperados, e essa preocupação (característica patológica chave) é empregada para prolongar e manter um estado emocional negativo, evitando assim experiências afetivas negativas (Behar et al., 2009; Newman & Llera, 2011). Procurando compreender o referido, uma explicação possível, é de que a preocupação é resultado de uma intolerância à incerteza (uma característica disposicional resultante das crenças negativas sobre a incerteza e suas implicações), levando ao processamento cognitivo tendencioso, que suporta a própria preocupação e consequentemente a ansiedade (Dugas et al., 2010).

Voltando às características diagnósticas, nesta perturbação, a classificação do DSM 5 menciona que a ansiedade e a preocupação apresentam ainda associados pelo menos três dos seguintes sintomas para adultos e um para crianças: inquietação ou sensação de nervosismo; fadiga, dificuldade de concentrar-se ou dificuldades de memória; irritabilidade, tensão muscular, e perturbação do sono (APA, 2014). É frequente nesta perturbação a experiência de vários sintomas somáticos como sudorese, náusea, diarreia; sintomas excitabilidade autonómica aumentada como batimentos cardíacos acelerados, falta de ar, tonturas (APA, 2014). Além do referido é importante fazer um diagnóstico diferencial para verificar que esta perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica, assim como não é melhor explicada por outra perturbação mental (APA, 2014).

Fazendo uma revisão de vários estudos (Baldomero, 2001; Correia et al., 2014; Hallstrom & McClure, 1999; Lader, 2015), constatamos que os sintomas acima referidos são característicos da perturbação de ansiedade, podendo ser divididos em sintomas físicos, nomeadamente dispneia (sensação de falta de ar), dor torácica, sensação de opressão pré-cordial (sensação de peso e aperto no coração), sensação de nó na garganta, palpitações, taquicardia, cefaleias, dores difusas, aumento ou diminuição do apetite, dispepsia (dificuldades de digestão), alterações do trânsito intestinal, calafrios, fadiga, parestesias (sensações cutâneas subjetivas, tais como, frio, calor, formigueiro, pressão), tremor, náuseas e hiperventilação; e psicológicos, tais como tensão, agitação, nervosismo, inquietação, sensação de fadiga, intranquilidade, medo, insegurança, apreensão, irritabilidade, agressividade, impaciência, comportamento de evitamento, falta de concentração, distraibilidade, hipervigilância com reações de alarme exageradas e e perturbação do sono.

A manifestação clínica de PAG é relativamente consistente ao longo da vida, pelo que é comum que as pessoas com esta perturbação a relatem que se sentiram ansiosos e nervosos durante toda a sua vida, sendo que a principal diferença apenas está no conteúdo da preocupação, por exemplo as crianças e adolescentes tendem a se preocupar mais com a escola e o desempenho desportivo, enquanto os adultos, tendem mais para o trabalho, bem-estar da família ou da sua própria saúde física (APA, 2014).

Como fatores de risco para esta perturbação, o DSM 5 menciona fatores temperamentais, tais como inibição comportamental, afetividade negativa (neuroticismo) e evitação de danos; fatores ambientais, como adversidades na infância e a superproteção parental; fatores genéticos (cerca de um terço do risco); e fatores socioculturais, como o contexto em que o individuo se insere e a forma como expressa esta perturbação (predominância de sintomas somáticos ou cognitivos) (APA, 2014).

2. Abordagem Terapêutica na Perturbação da Ansiedade

Na literatura, a Perturbação de Ansiedade é vista como uma doença crónica, e como tal necessita de tratamento a longo prazo, chegando a durar anos (Hetem & Graeff, 2005). Contudo, apesar da evidência de uma ampla gama de tratamentos, muitos pacientes não são reconhecidos ou tratados, o que é dececionante (Lader, 2015).

Os modelos recentes oferecem perspectivas inovadoras sobre a teoria e o tratamento da perturbação de ansiedade generalizada, destacando-se que tanto o uso de farmacoterapia, como a psicoterapia com base na terapia cognitivo-comportamental (TCC) parecem ser eficazes no tratamento da PAG (Behar et al., 2009). Neste sentido, iremos de seguida abordar tanto a abordagem psicoterapêutica como a farmacológica no tratamento da PAG.

2.1. Abordagem psicoterapêutica

Nos últimos anos, houve uma duplicação do número de estudos que examinam os efeitos das psicoterapias para a PAG em adultos (Cuijpers et al., 2014; Dugas et al., 2010). Neste sentido, encontramos vários estudos, revisões sistemáticas e meta-análises que demonstram a TCC como um tratamento eficaz para a PAG (Behar et al., 2009; Cuijpers et al., 2014; Donoghue & Lader, 2010; Dugas et al., 2010; Galperyn et al., 2014; Hood et al., 2012; Knekt et al., 2008; Moriana et al., 2017), sendo também empiricamente validada para o tratamento de perturbações de ansiedade em crianças e jovens (In-Albon & Schneider, 2007; Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012), sendo por isso referido numa meta-analise, a psicoterapia como terapia não farmacológica preferencial para o tratamento da ansiedade, nomeadamente a terapia cognitiva-comportamental (Donoghue & Lader, 2010).

As primeiras terapias cognitivo-comportamentais começaram a surgir no início dos anos 60, embora o maior desenvolvimento tenha sido no início da década de 70, tendo ocorrido nesta época o auge desse fenómeno, diversos fatores históricos e contextuais específicos fizeram do desenvolvimento das terapias cognitivo-comportamentais não apenas algo possível, mas uma necessidade lógica (Kazdin, 1978; Knapp, 2004; Mahoney, 1974, Meichenbaum, 1977).

Desde a sua introdução, há algumas décadas, as TCC têm vindo a ganhar o seu lugar de destaque, adquirindo sua atual condição de paradigmas dominantes na área da psicologia clínica (Knapp, 2004).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é um termo utilizado para descrever as intervenções psicoterapêuticas que visam reduzir o sofrimento psicológico e o comportamento desajustado, alterando processos cognitivos (Stallard, 2004).

A TCC enfoca o relacionamento entre os seguintes elementos: cognições (o que pensamos), afeto (como nos sentimos) e comportamentos (o que fazemos), é baseada no pressuposto subjacente de que o afeto e o comportamento são um produto de cognições e, assim, as intervenções cognitivas e comportamentais podem causar mudanças no pensamento, no sentimento e no comportamento (Knapp, 2004; Stallard, 2004).

A TCC abarca os elementos essenciais tanto das teorias cognitivas como comportamentais e foi defendida por Kendall e Hollon (1979) como tendo uma perspectiva de mediação, tentando preservar a eficácia das técnicas comportamentais, mas que leva em consideração as interpretações cognitivas e as atribuições da pessoa sobre os acontecimentos de vida (*citados por* Stallard, 2004).

O método cognitivo-comportamental ao nível da intervenção psicológica caracteriza-se por uma avaliação multidimensional, foca-se nos comportamentos, cognições e emoções, efetua relações funcionais e estabelece uma estreita ligação entre a avaliação e o tratamento (Gonçalves, 2004).

Um dos princípios pressupostos das intervenções cognitivo comportamentais passa pela mediação dos comportamentos disfuncionais mediante a modificação de pensamentos e crenças disfuncionais (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006).

A TCC é uma psicoterapia empiricamente validada, sendo a sua abordagem colaborativa, ativa e estruturada com base em princípios de teoria da aprendizagem, que combina intervenções verbais e técnicas de modificação de comportamento, com o objetivo de ajudar os pacientes a identificar erros de pensamento e comportamentos, (Galperyn et al., 2014), para permitir uma mudança dos processos cognitivos e do comportamento desajustado no sentido de reduzir o sofrimento psicológico (Galperyn et al., 2014; Stallard, 2004). Ao nível da intervenção em ansiedade, a TCC propõe um

conjunto de abordagens integradas, nomeadamente psico-educação e treino de estratégias de *coping* para lidar e enfrentar a ansiedade, relaxamento, reestruturação cognitiva e terapia de exposição aos estímulos ansiosos entre outras técnicas (Ito, 1998).

Num estudo recente (Moriani et al., 2017), verificou-se que a TCC em PAG produz melhorias significativas ao nível da sintomatologia ansiosa como sintomas depressivos associados, sendo que estas melhorias mantêm-se estáveis ao longo do tempo. Paralelamente, num estudo realizado em 2008, verificou-se que a TCC em pessoas com ansiedade ou depressão produz melhorias significativas nas capacidades funcionais e de trabalho (Knekt et al., 2008).

Um fator que não pode ser descurado no tratamento da PAG através da TCC são as expectativas de resultados dos clientes e a competência do psicoterapeuta (qualidade da aliança terapêutica, e maior competência em TCC) que exercem influência positiva no resultado do tratamento (Westra, Constantino, Arkowitz, & Dozois, 2011).

Na linha da TCC, outras terapias que também se demonstraram eficazes na PAG são as que visem a intolerância à incerteza⁵, crenças erróneas sobre preocupação, pouca orientação ao problema e evasão cognitiva⁶, terapias estas que levam a melhorias significativas que se mantêm em seguimentos de 6 e 12 meses, principalmente ao nível da intolerância à incerteza (Ladouceur et al., 2000; Neufeld, & Rangé, 2017). Estes resultados foram corroborados num estudo mais recente com 61 pacientes com PAG (Dugas et al., 2010).

Outra estratégia que ajuda na redução da ansiedade é o relaxamento aplicado, que tem sido demonstrado como eficaz no tratamento de PAG ajudando a reduzir a preocupação, a ansiedade, a depressão e a psicopatologia em geral (Dugas et al., 2010). Esta abordagem torna-se ainda mais eficaz quando usada em conjunto com a TCC lavando a uma maior manutenção dos resultados (Dugas et al., 2010).

Tal como a TCC, existem outras psicoterapias que demonstram ser eficazes, é o caso da psicoterapia psicodinâmica breve que leva a melhorias significativas, amplas e

⁵ É o medo do desconhecido que funciona como motivo despoletador para preocupação, o que provoca ansiedade e leva a interpretações enviesadas dos acontecimentos, o modelo cognitivo de intolerância à incerteza propõe a reavaliação das crenças, reconhecendo o papel da intolerância, bem como, exposição sobre como lidar com as preocupações, medo e situações incertas (Neufeld, & Rangé, 2017).

⁶ Utilização de estratégias para evitar pensamentos ameaçadores (Neufeld, & Rangé, 2017).

estáveis em relação aos sintomas de ansiedade e depressão, verificando-se neste estudo comparativo a inexistência de diferenças com a TCC (Moriana et al., 2017).

Num estudo, com 65 pacientes cuidadosamente diagnosticados com PAG, verificou-se que o tratamento com relaxamento, terapia cognitiva ou a sua combinação produziu melhorias significativas no pós-tratamento, quando comparados com um grupo de controlo, observando-se apenas alguma ansiedade residual (Barlow, Rapee, & Brown, 1992).

Estes resultados foram mantidos durante o período de seguimento de dois anos, assim como também se verificou uma redução substancial no uso de medicação ansiolítica (Barlow, et. al., 1992).

Outro dado relevante, e a ter em consideração na intervenção na PAG, é o facto de vários estudos demonstrarem efeitos benéficos da intervenção conjunta da TCC com a farmacoterapia (Behar et al., 2009; Cuijpers et al., 2014; Galperyn et al., 2014), até porque apesar da evidência atual sugerir que a farmacoterapia pode ser efetiva na redução dos sintomas de ansiedade, verificou-se que esta não parece ter um impacto significativo na preocupação, sobressaindo a TCC neste âmbito (Behar et al., 2009).

2.2. Abordagem farmacológica

Os pacientes ansiosos são mais propensos a escolher a farmacoterapia do que a psicoterapia (Bagby et al., 2008; Konopka, et al., 2013). Neste âmbito, o fármaco que surge logo são as benzodiazepinas (BZDs) que são amplamente prescritas para o tratamento da ansiedade (Ashton, 2005; Ashworth et al., 2002; Fresán et al., 2011; Lader, 2011; Longo & Johnson, 2000; Maremmani et al., 2013; Quaglio et al., 2012; Salzman, 1998; Tan, Rudolph, & Lüscher, 2011; Voyer, et al., 2011). Desde o surgimento das benzodiazepinas, isto é, há cerca de 50 anos, que estas se tornaram o fármaco de eleição para o tratamento das perturbações de ansiedade, uma vez que são um medicamento eficaz no controlo dos sintomas ansiosos, assim como oferece um alívio rápido em um curto espaço de tempo (Donoghue & Lader, 2010; Hetem & Graeff, 2005).

Por estas razões, possivelmente, o uso de BZDs foi alargado a outras situações que não os quadros puros de sintomatologia ansiosa. Por exemplo, o medicamento Alprazolam está indicado no tratamento de (Infarmed, 2017d):

1. Estados ansiosos, em que surgem os seguintes sintomas: ansiedade, agitação, insónia, irritabilidade e/ou hiperatividade vegetativa, que resultam em diversas queixas somáticas.
2. Ansiedade em doentes com depressão, quando surgem sintomas concomitantes de ansiedade e depressão.
3. Ansiedade associada a outras situações, usado quando surge sintomatologia ansiosa na fase crónica de abstinência do álcool e doenças funcionais ou orgânicas.
4. Perturbações relacionadas com o pânico, ou seja, está indicado para o tratamento de doença de pânico, com ou sem evitamento fóbico.

No entanto, desde há muitos anos, que as BZDs já não são recomendadas como os fármacos de primeira linha para o tratamento das perturbações de ansiedade, uma vez que, como iremos verificar mais à frente, implicam risco de causarem dependência e síndrome de privação, o que tem estimulado o desenvolvimento de outros fármacos para o tratamento das perturbações da ansiedade, tais como a buspirona, antidepressivos, entre outros (Hetem & Graeff, 2005). No caso dos antidepressivos, estes têm uma gama muito mais ampla de indicação do que o nome sugere, podendo ser utilizados no tratamento de ansiedade e transtornos relacionados ao stress, sendo documentado várias evidências neste sentido (Cuevas, Sanz, & Fuente, 2003).

Muitos compostos novos estão a ser avaliados para o tratamento da ansiedade e da insónia, alguns deles já estão licenciados como tratamentos para a perturbação de ansiedade generalizada, nomeadamente os Inibidores seletivos da recaptção de serotonina (SSRIs) e os inibidores seletivos da recaptção de noradrenalina (SNRI) (Lader, 2011).

Numa revisão de vários estudos realizada em 2008 (Mathew et al., 2008) foram encontradas várias evidências sugerindo novos objetivos para terapias medicamentosas

das perturbações de ansiedade. A primeira evidência referida foram as elevadas concentrações do fator libertador de corticotropina encontradas num subconjunto de distúrbios de ansiedade, o que sugere a utilidade potencial de antagonistas de receptores de corticotropina (Mathew et al., 2008). Outra constatação é o bloqueio farmacológico dos efeitos que aumentam a memória de hormonas do stress como os glicocorticóides e a noradrenalina, podendo tornar-se numa promissora abordagem preventiva para a ansiedade relacionada com situações traumáticas (Mathew et al., 2008). O sistema glutamatérgico também tem sido minimizado como um potencial alvo farmacológico, embora a convergência pré-clínica, a neuroimagem e os primeiros resultados clínicos sugeriram que os antagonistas dos receptores de glutamato podem ter potentes efeitos ansiolíticos (Mathew et al., 2008). Também os agonistas dos receptores glutamatérgicos (por exemplo, D-cicloserina) parecem ter um papel emergente no tratamento da ansiedade como facilitadores da extinção do medo durante intervenções comportamentais concorrentes (Mathew et al., 2008). A substância P de neuropeptídeos, neuropeptídeo Y, oxitocina, orexina e galanina estão implicadas em percursos de ansiedade, verificando-se que os seus análogos ou antagonistas apresentam uma promessa inicial como ansiolíticos em pesquisas pré-clínicas e / ou clínicas (Mathew et al., 2008).

2.2.1 A especificidade do tratamento com benzodiazepinas:

Neste estudo, iremos dar relevância às BZDs, substâncias ou drogas psicotrópicas que atuam sobre o Sistema Nervoso Central, cuja estrutura química principal é a fusão de um anel de benzeno e um anel de diazepina (Gérardin, et al., 2014; Baldomero, 2001; Coutinho et al., 2011; González, 2007; Braunwald et al., 2004). As BZDs foram descobertas em em 1930 por Leo Stembach, no entanto só em 1957 foram introduzidas na prática clínica (Rosas-Gutiérrez, Simón-Arceo, & Mercado, 2013), através do clordiazepóxido (Librium), promovido como um seguro tranquilizante para problemas emocionais, tendo marcado uma nova era da psicofarmacologia (Hood, et al., 2012).

Desde a sua introdução no início da década de 1960, as BZDs são amplamente utilizadas na prática clínica, ganhando hoje em dia, um lugar de destaque na medicina,

tornando-se paralelamente nos medicamentos mais bem sucedidos de sempre para a indústria farmacêutica (Cuevas et al., 2003; Rosas-Gutiérrez et al., 2013), tendo crescido exponencialmente a quantidade de prescrições ao longo dos últimos 20 anos (Brett & Murnion, 2015), especialmente nos cuidados de saúde primários (Hood et al., 2012).

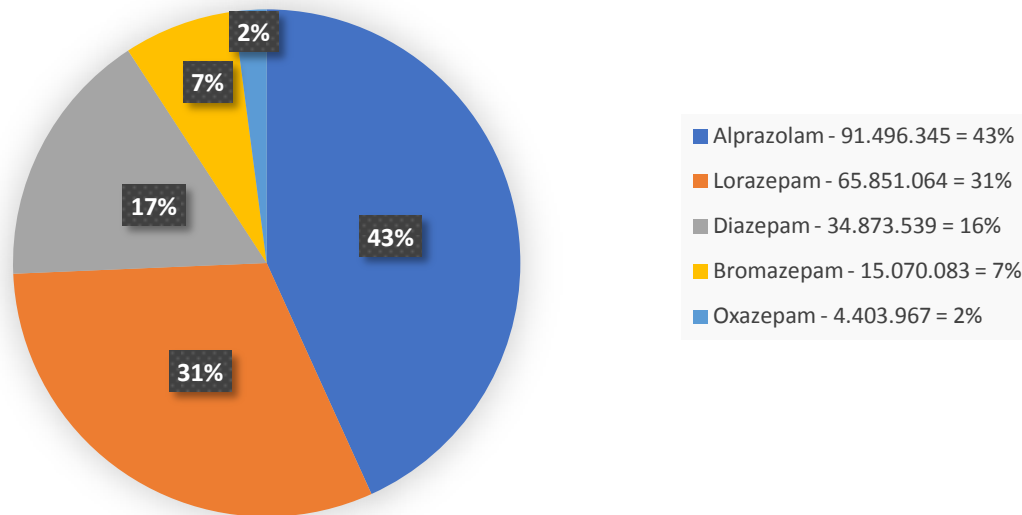
Atualmente, quatro BZDs estão listadas entre as 100 medicações mais comumente prescritas, nomeadamente o alprazolam (Xanax), Clonazepam, diazepam (Valium) e lorazepam (Longo & Johnson, 2000; Licata & Rowlett, 2008; Tan et al., 2011), destacando-se o alprazolam, que é a segunda medicação mais popular no mundo (Brett & Murnion, 2015; Licata & Rowlett, 2008).

Corroborando estes dados, o relatório anual do ano de 2015, do *International Narcotics Control Board* (2016), refere que na Europa, entre o ano de 2011 e 2013, foi comunicada a produção total de 5.441 mil milhões de doses diárias de benzodiazepinas de tipo sedativo, hipnótico, e a produção 12,5 biliões de doses diárias de benzodiazepinas do tipo ansiolítico, os valores das consumidas são semelhantes às das produzidas. No ano de 2013, as benzodiazepinas do tipo ansiolítico, largamente mais produzidas foram o Alprazolam (41,1%), Diazepam (cerca de 23,2 %) e Lorazepam (16,6%).

Relativamente a Portugal, a utilização de benzodiazepinas tem aumentado, sendo um dos mais elevados a nível mundial, atingindo em 2010 a segunda posição, devido provavelmente à sua prescrição excessiva e inapropriada (Lopes et al., 2014). Os dados nacionais apontam para uma maior prevalência do uso do lorazepam do que do diazepam (Direção-Geral de Saúde, DGS; 2016). Estes dados são preocupantes uma vez que o Lorazepam é cerca de dez vezes mais potente que o diazepam, estando ligado ao recetor de forma mais potente, o que associado ao facto de ter uma semi-vida mais curta, torna a sua desabituação mais difícil (Pires, 2003).

Figura 1

Doses diárias definida (DDD) consumida, por designação comum internacional (DCI) em Portugal em 2014 (adaptado de DGS, 2016)



De facto, desde a introdução do diazepam (Valium) em 1963, uma das mais conhecidas BZDs, a popularidade destas substâncias aumentou muito rapidamente, em grande parte devido ao facto da sua função principal ser reduzir a tensão subjetiva e induzir a calma (Hood et al., 2012; Konopka et al., 2013; Licata & Rowlett, 2008;). A partir das décadas de 1970 e 1980 as BZDs passaram a ser usadas em grande escala devido ao aumento da margem de segurança e eficácia terapêutica em comparação com outras substâncias como os barbitúricos até antes utilizados como ansiolíticos (Ashton, 2005; Hood et al., 2012; Licata & Rowlett, 2008; Rosas-Gutiérrez et al., 2013), uma vez que, geralmente produzem efeitos imediatos e, portanto, são ótimas para ser prescritas no tratamento a curto prazo (Ashton, 2005; Fresán et al., 2011; Longo & Johnson, 2000).

Neste sentido, começaram a ser amplamente prescritas para uma variedade de condições, particularmente a ansiedade e insónia (Ashton, 2005; Ashworth et al., 2002; Fresán et al., 2011; Lader, 2011; Longo & Johnson, 2000; Manthey, et al., 2012; Maremmani et al., 2013; Quaglio et al., 2012; Salzman, 1998; Tan et al., 2011; Voyer, et al., 2011). Para além da ação ansiolítica e indutora de sono, pelo facto das BZD

reduzirem a excitabilidade neuronal, também são utilizadas para outros fins clínicos (Rosas-Gutiérrez et al., 2013; Salzman, 1998), nomeadamente hipnóticos, anticonvulsivos, relaxantes musculares, sedação pré-operatória, entre outras utilizações (Ashton, 2005; Cuevas et al., 2003; Gérardin, et al., 2014; Konopka et al., 2013; Maremmani et al., 2013; Rosas-Gutiérrez et al., 2013; Salzman, 1998; Tan et al., 2011).

Como já referimos anteriormente, as BZDs podem ser utilizadas para o tratamento de perturbações de ansiedade, perturbação bipolar, tratamento dos sintomas de pânico, perturbação de sono, espasmos musculares, convulsões ou supressão de crises epilépticas, distúrbios musculares, desintoxicação alcoólica e de outras substâncias de abuso, em intoxicações por alucinogénios, por anti-convulsivantes, por antidepressivos tricíclicos, entre outros, na sedação em procedimentos invasivos, tais como endoscopia, e ainda no tratamento da picada de aranha-viúva (Baldomero, 2001; Braunwald et al., 2004; Breggin, 1998; Coutinho et al., 2011; Fresán et al., 2011; González, 2007; Longo & Johnson, 2000; Tan et al., 2011).

As BZDs também podem induzir amnésia anterógrada, mas apesar de ser considerado como um efeito secundário adverso, a perda da memória para eventos desagradáveis também pode ser um efeito útil, por exemplo durante procedimentos médicos invasivos ou situações traumáticas (Tan et al., 2011).

2.2.1.1. Mecanismos de ação das Benzodiazepinas

Como podemos constatar, as BZDs apresentam uma multiplicidade de efeitos terapêuticos, o que desperta o interesse para compreender o seu efeito neuroquímico. Neste sentido, a literatura é clara a identificar que todas as BZDs partilham ao nível da sua farmacodinâmica a capacidade de interagir com o receptor GABAA (Ashworth et al., 2002; Gérardin, et al., 2014; Lader, 2011; Licata & Rowlett, 2008; Tan, et al., 2010). As BZDs apresentam capacidade de se ligarem aos receptores específicos do tipo BZD nos canais complexos de cloreto do neurotransmissor ácido gama-aminobutírico do tipo A (GABAA), potenciam o efeito inibitório do mesmo, que por sua vez reduz o volume de trocas de vários neurotransmissores, incluindo aqueles envolvidos na

expressão emocional, tais como a noradrenalina (norepinefrina) e serotonina (Lader, 2011; Licata & Rowlett, 2008).

Para compreender mais especificamente os efeitos ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, encontramos na literatura uma revisão de diversos estudos (Licata & Rowlett, 2008), onde se constatou que os recetores GABA A no sistema nervoso central são pentâmeros compostos por subunidades de pelo menos cinco famílias de proteínas distintas, verificando-se que as BZDs se ligam predominantemente a um sítio sobre o receptor nativo GABA A que ocorre na interface entre a subunidade $\gamma 2$ e uma subunidade $\alpha 1$, $\alpha 2$, $\alpha 3$ ou $\alpha 5$, sendo estas últimas responsáveis pelos efeitos, nomeadamente as subunidades $\alpha 1$ ($\alpha 1$ GABA A) tem sido implicadas para compreender o efeito sedativo, as subunidades $\alpha 2$ e $\alpha 3$ ($\alpha 2$ GABA A e $\alpha 3$ GABA A) para o efeito ansiolíticos, e as subunidades $\alpha 5$ ($\alpha 5$ GABA A), para compreender os processos de memória e efeitos motores (Licata & Rowlett, 2008).

Quanto à sua propriedade farmacocinética, as BZD geralmente são bem absorvidas oralmente, quando injetados intramuscularmente, elas variam na sua taxa de absorção (Lader, 2011). Ainda relativamente à sua farmacocinética, as BZDs também se diferenciam quanto à sua potência e semi-vida⁷, podendo ser de curta, média ou de longa duração (Tan et al., 2011), sendo que quanto maior a semi-vida, menor a potência do fármaco (Hallstrom e McClure, 1999; Pires, 2003), pelo que as BZDs de ação rápida demonstram maior potencial para a dependência do que as de longa duração (Cuevas et al., 2003; Maremmanni et al., 2013).

Apesar das BZDs serem eficazes numa vasta gama de doenças médicas elas exigem diversas precauções na sua utilização (Longo & Johnson, 2000). Quando foram introduzidos na prática clínica, as BZD foram pensadas para terem vantagens na redução de ansiedade sem nenhum potencial de dependência física, no entanto esta última alegação revelou-se infundada (Ashton, 2005; Ashworth et al., 2002), uma vez que, como refere a literatura, apesar das BDZs serem seguras e eficazes para o tratamento a curto prazo, contudo o uso a longo prazo é controverso devido ao possível

⁷ O tempo de semivida define-se como a quantidade de tempo necessário para a concentração da substância no organismo diminuir até 50%. Sendo que as substâncias não têm o mesmo tempo de semivida, pelo que varia o número de vezes que se tem de tomar, assim, quanto mais curta é a semivida, mais vezes se tem de tomar a substância para se manter uma concentração estável no organismo, traduzindo-se esta frequência de toma numa maior probabilidade de dependência (Hallstrom e McClure, 1999; Pires, 2003).

desenvolvimento de tolerância e dependência (Ashton, 2005; Donoghue & Lader, 2010; Fresán et al., 2011; Longo & Johnson, 2000; Maremmani et al., 2013; Salzman, 1998; Tan et al., 2011;).

De acordo com duas revisões de vários estudos a prevalência de uso de longo prazo na população geral é de aproximadamente 2 a 7% (Donoghue & Lader, 2010; Quaglio et al., 2012;), sendo amplamente percebido na maioria dos estudos como inadequadamente prescritos (Donoghue & Lader, 2010). Como tal, muitas associações públicas e psiquiatras têm expressado preocupação sobre o possível excesso de prescrição deste grupo de medicamentos, alertando para o risco dos efeitos secundários graves, assim como a produção de dependência, especialmente em BZD com semi-vida curta (Ashton, 2005; Donoghue & Lader, 2010; Rosas-Gutiérrez et al., 2013).

Neste sentido, as recomendações mencionam que a prescrição de BZDs deve ser baseada em cuidadosa consideração pelos riscos e benefícios das mesmas e da consideração de intervenções alternativas prováveis (Baldwin et al., 2013; Longo & Johnson, 2000), assim como deve ser apenas para alguns pacientes e por tempo breve e limitado (Coutinho et al., 2011; Fresán et al., 2011; Maremmani et al., 2013; Pires, 2003). Neste sentido, a literatura menciona que a relação risco-benefício do uso das benzodiazepinas permanece positivo na maioria dos pacientes no curto prazo (2-4 semanas), mas não está estabelecido além desse tempo, devido principalmente à dificuldade em impedir que o termo de curto prazo se prolongue indefinidamente com o risco de dependência (Ashton, 2005; Konopka, et al., 2013; Lader, 2011; Zandstra, et al., 2004).

Podemos tomar como exemplo, a Bula do Lorazepam (2^a mais prescrita) (Infarmed, 2017b), na qual vêm identificados como efeitos da interrupção, brusca, do tratamento, o reaparecimento das queixas originais, bem como outros sintomas, em específico, “dores de cabeça, dores musculares, ansiedade extrema, tensão, agitação, inquietação, insónia, confusão, irritabilidade, suores, depressão, reaparecimento dos sintomas anteriores ao tratamento, sensação de mal-estar, tonturas, movimentos involuntários, náuseas, vômitos, diarreia, perda de apetite, tremores, cólicas abdominais, palpitações, batimento cardíaco acelerado, vertigens, aumento dos reflexos, perda de memória por curtos períodos e aumento da temperatura do corpo. Se sentir estes sintomas ou outros mais graves, peça conselho ao seu médico” (Infarmed, 2017b, p. 4).

Apesar das recomendações referidas para limitar o uso das BZDs, este parece não ter sido atendido, ou são frequentemente ignoradas (Ashton, 2005; Donoghue & Lader, 2010; Hood et al., 2012), tal como verificado numa meta-análise sobre o uso das benzodiazepinas, onde se verificou que a prescrição de BZDs a longo prazo é bastante comum, apesar das advertências de vários órgãos médicos e reguladores de saúde sobre os riscos deste uso, como a dependência (Ashton, 2005; Donoghue & Lader, 2010). Uma provável explicação é o facto das orientações e recomendações existentes serem extremamente vagas e não ajudarem os médicos inexperientes na prescrição ou retirada de BZDs (Baldwin et al., 2013).

Além do risco de dependência, há muitas evidências de que o uso a longo prazo é perigosa (Ashton, 2005; Baldwin et al., 2013; Brett & Murnion, 2015).

Fazendo uma revisão de vários estudos (APA, 2014; Ashton, 2005; Braunwald et al., 2004; Breggin, 1998; Brett & Murnion, 2015; Coutinho et al., 2011; Gérardin, et al., 2014; Hallstrom e McClure, 1999; Konopka, et al., 2013; Lader, 2011; Maremmani et al., 2013; Pires, 2003; Voyer, et al., 2011; Zandstra, et al., 2004) sobre os riscos e efeitos indesejados mais frequentes e comuns às várias benzodiazepinas, verificamos que podem ser psicológicos, nomeadamente agitação, alucinações, agressividade, ansiedade, depressão, hostilidade, irritabilidade, dificuldades de aprendizagem; delírios, perda de inibição, psicose, dependência; neurológicos, tais como amnésia anterógrada, ataxia (perturbações nos movimentos), confusão, desorientação, diminuição da capacidade de reação, diminuição da memória, perturbações de discurso, redução do estado de alerta, delírio; e físicos, respetivamente atordoamento, tontura, vertigens, náuseas, sedação, distúrbios visuais (visão dupla ou enevoada), cefaleia (dor de cabeça), entorpecimento das sensações, fadiga, fraqueza muscular, intolerância à luz, obstipação, sonolência, dificuldades na condução de veículos, dependência, alteração do apetite, tremores.

Em alguns casos pode ainda haver também o risco de morbidade e mortalidade tanto por overdose como por retirada do fármaco (Brett & Murnion, 2015; Ashton, 2005).

Os idosos são um dos grupos de maior risco, apresentando uma elevada prevalência de uso de BZD (Licata & Rowlett, 2008), sendo os mais sensíveis aos

efeitos colaterais potenciais das BZDs (Bogunovic & Greenfield, 2004; Donoghue & Lader, 2010; Gérardin, et al., 2014; Voyer, et al., 2011), principalmente por causa do comprometimento cognitivo, dos problemas de memória, possibilidade de demência, desaceleração psicomotora, insónias, quedas e fraturas (Ashton, 2005; Baldwin et al., 2013; Brett & Murnion, 2015). Não obstante, as pessoas idosas são as que apresentam maior resistência a deixar esta substância, uma vez que acreditam que não podem deixar de usar (Voyer, et al., 2011).

Apesar da prescrição de BZDs continuar a ser importante no contexto de tratamento do abuso de substâncias (Ashworth et al., 2002), a verdade é que deve ter-se especial precaução, uma vez que, como iremos ver adiante, neste grupo populacional, a prevalência de uso, abuso e dependência de BZDs é substancialmente maior do que na população em geral (APA, 2014; Longo & Johnson, 2000).

Não obstante, há ainda quem também utilize as BZDs para efeitos recreativos e para potencializar o efeito de outras substâncias, que por sua vez aumenta o efeito da dependência e um padrão de policonsumo (Ashton, 2005; Ghitza, Epstein, & Preston, 2008; Quaglio et al., 2012; Tan, et al., 2010;). De facto, é frequente a comorbidade entre a dependência de BZDs com outras perturbações por uso de outras substâncias como álcool e drogas ilícitas (APA, 2014; Ashton, 2005; Ghitza et al., 2008).

Já em 1967, o potencial abuso de benzodiazepinas foi admitido, como divulgado pelos média, alertavam para o seu uso ilícito e não-médico, principalmente pela população mais jovem e grupos com comportamentos desviantes (Licata & Rowlett, 2008). Na realidade, as benzodiazepinas tinham entrado na cultura popular.

Por exemplo, a canção “Mother’ Little Helper” dos Rolling Stones, refere-se a um nome de rua associados com o uso difundido de diazepam por donas de casa de classe média (embora não seja totalmente claro até que ponto a este nome de rua se refere às benzodiazepinas única e exclusivamente) (tradução da autora)⁸ (Licata &

⁸ Por exemplo, a canção “Mother’ Little Helper” dos Rolling Stones, refere-se a um nome de rua associados com o uso difundido de diazepam por donas de casa de classe média (embora não seja totalmente claro até que ponto a este nome de rua se refere às benzodiazepinas única e exclusivamente) (tradução da autora). *For example, the Rolling Stones’ song “Mother’ Little Helper” referred to a street name associated with the perceived widespread use of diazepam by middle-class housewives (although it is not entirely clear the extent to which this street name refers to benzodiazepines only)*⁸ (Licata & Rowlett, 2008, p.76).

Rowlett, 2008).

A disponibilidade de benzodiazepinas na internet, bem como a partir de fontes ilegais, tem aumentado a sua utilização como "auto-medicação", na população em geral, que muitas vezes desconhecem os seus efeitos adversos e o seu potencial de dependência, fazendo uma utilização indevida. Essa disponibilidade também levou ao uso de benzodiazepinas em usuários de múltiplas drogas (Ashton, 2011; EMCDDA, 2016; Weissberg, 2012).

Apesar das repetidas advertências para limitar a prescrição de benzodiazepinas para uso a curto prazo (4-6 semanas), e convirá ter presente que existem indicações precisas para a prescrição de benzodiazepinas e alternativas a essa mesma prescrição, os médicos do mundo inteiro, ainda as prescrevem por meses ou, até mesmo anos (Ashton, 2005; Ashton, 2011; Konopka, et al., 2013; Lader, 2011; Miranda 2000; Zandstra, et al., 2004).

Segundo esta perspectiva, a responsabilidade moral, que nos parágrafos anteriores seria do utilizador, sendo ele próprio a automedicar-se de forma inadequada e abusiva, aqui esta responsabilidade moral terá de ser transferida para o médico prescritor, e passa a poder falar-se de prescrição inadequada e/ou abuso de prescrição (Ashton, 2005; Ashton, 2011; Konopka, et al., 2013; Lader, 2011; Miranda 2000; Zandstra, et al., 2004).

Esta imoderação de prescrição tem tido como consequência a dependência desta substância, por parte de utilizadores de longo prazo (Ashton, 2011; Miranda 2000).

3. Dependência de Benzodiazepinas

Antes de abordarmos em específico a dependência de BZDs, devemos compreender melhor em que consiste a dependência de substâncias. Neste âmbito, a APA que substituiu no seu novo manual DSM 5 os diagnósticos de Abuso e Dependência de Substâncias por Perturbação de Uso de Substâncias (Araújo & Neto, 2014), refere que a dependência de substâncias é caracterizada principalmente pelo forte desejo e procura de substâncias e respetivo uso compulsivo, criando disfuncionalidade

ao nível do funcionamento social e ocupacional (APA, 2002; 2014). O DSM- 5 (APA, 2014) retirou o termo dependência, no entanto, como a literatura mantém este termo, é o que vai ser utilizado na presente dissertação.

Por sua vez, a Classificação Internacional de Doenças, CID 10, menciona que a dependência, é um conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido de substâncias e que geralmente incluem: um forte desejo de tomar a substância, dificuldades em controlar a sua utilização, persistindo na sua utilização, apesar das consequências nefastas, dando uma maior prioridade ao uso de drogas que a outras atividades e obrigações, desenvolvem maior tolerância, e às vezes um estado de abstinência física (World Health Organization, WHO; 2016).

Resumindo, as características essenciais da dependência incluem a perda de controlo sobre o consumo; a incapacidade para consistentemente se abster; pensamentos obsessivos sobre a substância; diminuição do reconhecimento de problemas significativos com os próprios comportamentos e as relações interpessoais; a disfuncionalidade da resposta emocional e a continuação do uso apesar das consequências ao nível social e, principalmente, ao nível da saúde (Enoch, 2011; Smith, 2012).

A síndrome de dependência pode estar presente por uma substância psicoativa específica (por exemplo, tabaco, álcool, ou diazepam), para uma classe de substâncias (drogas, por exemplo, opióides), ou para uma ampla gama de substâncias farmacologicamente diferentes (WHO, 2016).

Procurando compreender como se processa a dependência, vários estudos apontam que uma variedade de substâncias que são consumidas em excesso leva à ativação direta das vias do sistema de recompensa do cérebro, nomeadamente do sistema dopaminérgico mesolímbico/mesocortical, que está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias (APA, 2014; Enoch, 2011; Maremmani et al., 2013; Ouzir & Errami, 2016; Tan et al., 2011; Wise, 2002). Ou seja, existem no cérebro mecanismos biológicos responsáveis pela grande variedade de sensações, nomeadamente as sensações de prazer que medeiam a experiência de recompensa. Ao utilizar determinadas substâncias, dá-se a ativação de uma destas sensações de prazer,

levando através do mecanismo de recompensa a que o indivíduo fique dependente das drogas (Enoch, 2011; Maremmani et al., 2013; Tam & Foo, 2012; Tan et al., 2011).

Schwabe, Dickinson e Wolf (2011) procuraram identificar quais os principais fatores que podem contribuir para a vulnerabilidade que podem levar a esta dependência, nomeadamente: a disponibilidade da substância, a genética, a personalidade, o ambiente social ou eventos de vida significativos (Schwabe et al., 2011).

Nesta linha, uma possível explicação para o desenvolvimento da dependência menciona que o início do uso de substâncias resulta da interação entre predisposição hereditária (e.g. variações genéticas que determinam traços de personalidade) e do meio ambiente (e.g. exposição às substâncias), sendo que a dependência apenas se vai manifestar após exposição repetida a uma substância adicta (Wong, Mill, & Fernandes, 2011). O impulso de usar substâncias vai ser frequentemente associado ao reforço positivo transmitido pelos efeitos de prazer. Após repetidas exposições, o uso de substâncias torna-se compulsivo, na medida em que a sua utilização serve para eliminar estados emocionais adversos associados à prolongada intoxicação (Wong, Mill, & Fernandes, 2011).

3.1. Dimensões do conceito de dependência

Outro aspeto relevante a diferenciar é a dependência psicológica e fisiológica das BZDs (Cuevas et al., 2003).

Neste sentido, a dependência psicológica e comportamental, é considerada mais relevante do que a dependência fisiológica no uso crónico das BZDs, pode ser caracterizada por uma síndrome de perda de controle sobre o uso de substâncias, pelo uso compulsivo e contínuo das mesmas apesar das consequências, e pelo forte anseio e pensamentos ruminantes com a substância (Cuevas, et al., 2003).

A dependência psicológica é mais difícil de descrever, no entanto, podemos afirmar que é quando o consumo repetido de uma substância provoca no indivíduo um incontrolável desejo de usá-la pela satisfação que produz, pela recompensa que advém

do seu uso, inclusivamente, com substâncias que não causem tolerância, nem dependência física, isto é, mesmo quando o organismo não precisa da substância para estar equilibrado. A interrupção do seu consumo leva a respostas como obsessão relativamente à substância. A dependência psicológica abrange não só o o prazer subjetivo resultante do uso da substância, bem como as pulsões emocionais que levam o indivíduo a persistir no uso da mesma. Este efeito pode também ser reforçado por uma dependência física, embora possa aparecer isoladamente. Este estado psicológico é determinante de situações que tornam difícil o abandono de drogas (Camí e Farré, 2003; Cloos, 2010).

Por sua vez, a dependência fisiológica é caracterizada pela presença de tolerância (propriedade farmacológica definida pela crescente necessidade de aumentar a dose para manter os efeitos) e pela dependência física (propriedade farmacológica definida pela ocorrência de um síndrome de abstinência após redução abrupta da substância ou pela administração de um antagonista (Cuevas et al., 2003; Licata & Rowlett, 2008).

A dependência física (fisiológica) é o resultado de presumíveis alterações neurobioquímicas que criam no indivíduo uma necessidade física, real, de manter o consumo da substância. Assim, podemos afirmar que a dependência é física quando a substância que alterou o metabolismo orgânico, obriga a que o utilizador continue a consumir a mesma para que sinta o seu organismo estabilizado para evitar sintomas físicos de abstinência, ou seja, uma sucessão de sinais e sintomas físicos que são provocados pela abstinência/privação de uma determinada substância (Cloos, 2010). Quando interrompe o consumo, normalmente os sintomas sentidos, são exatamente os efeitos inversos àqueles que o consumo da substância provoca. É por isso que a interrupção abrupta do uso de um sedativo/hipnótico provoca insónia, ansiedade e agitação (Camí e Farré, 2003).

3.2. Dependência de benzodiazepinas

O uso indevido e a dependência de BZDs tornou-se num grave problema de saúde (Fresán et al., 2011; Hernandez & Nelson, 2010), clinicamente reconhecido (Liebrenz et al., 2016), pelo que é uma questão de preocupação geral para os profissionais de saúde, pacientes e órgãos reguladores (Donoghue & Lader, 2010), tornando-se fundamental compreender, prevenir e intervir nesta problemática (Brett & Murnion, 2015), tornou-se assim no comportamento aditivo dos tempos modernos, a par de outros.

A literatura recente mostra que as BZDs possuem todas as características de drogas que causam dependência (Ashton, 2005). As BZDs englobam-se num grupo de substâncias sedativas, hipnóticas e ansiolíticas, que funcionam com agentes depressores do sistema nervoso central e capazes de produzir várias perturbações de uso e dependência (APA, 2014; Góis & Amaral, 2010)

Neste âmbito, o DSM 5 refere que a perturbação por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos consiste num padrão problemático, levando ao comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado em pelo menos dois dos seguintes sintomas durante um período de 12 meses: uso da substância em maior quantidade ou por um período mais prolongado do que o pretendido; desejo persistente ou esforço mal sucedido para reduzir ou controlar o uso; demasiado tempo despendido em atividades necessárias para a obtenção da substância ou na recuperação dos seus efeitos; forte desejo ou necessidade de usar a substância; o uso recorrente leva a fracasso em cumprir obrigações importantes; uso continuado apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes pelos efeitos dessa substância; abandono ou redução de importantes atividades sociais, profissionais ou recreativas devido ao uso da substância; uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física; o uso é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente provavelmente devido a essa substância; desenvolvimento de tolerância, observada através da necessidade de quantidades progressivamente maiores para atingir o efeito desejado ou efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade; e por fim abstinência, caracterizada por síndrome de abstinência ou uso da substância para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência (APA, 2014).

3.2.1. Benzodiazepinas e o efeito de tolerância

A dependência de BZDs é então uma condição resultante de um uso repetido de substâncias benzodiazepínicas, que pode incluir tanto dependência física como psicológica, sendo caracterizada por uma maior tolerância à substância ou uma síndrome de abstinência após redução da dose ou retirada abrupta da substância (Authier et al., 2009; Bueno, 2012; Hood et al., 2012; Konopka et al., 2013; Licata & Rowlett, 2008; Ouzir & Errami, 2016). Neste sentido, interessa perceber os mecanismos farmacológicos subjacentes à tolerância e abstinência das BZDs, contudo, estes são complexos e ainda não estão claros (Ashton, 2005; Licata & Rowlett, 2008).

Uma explicação possível para a tolerância é que a administração crônica da BZD parece resultar de processos neuroadaptativos envolvendo tanto a dessensibilização de receptores inibidores de ácido g-aminobutírico (GABA) como a sensibilização de receptores glutamérgicos excitatórios (Ashton, 2005; Baldwin et al., 2013). As alterações nos receptores GABA podem incluir informações conformacionais e alterações para um estado de baixa afinidade para GABA e desacoplamento de receptores de benzodiazepina em certos receptores GABAA, seguido de internalização com possíveis efeitos a longo prazo sobre o gene intraneural (Ashton, 2005; Baldwin et al., 2013). As mudanças no sistema glutamérgico pode incluir a sensibilização de N-metil-D-aspartato (NMDA) e possivelmente outros receptores (Ashton, 2005; Baldwin et al., 2013). Estas adaptações e dependendo do subtipo do receptor e da região do cérebro envolvida pode levar a diferentes taxas de desenvolvimento de tolerância a várias benzodiazepinas (Ashton, 2005; Baldwin et al., 2013). Por sua vez, o resultado da abstinência da BZDs é a inatividade das funções GABA inibitórias e um aumento da atividade nervosa excitadora em neurónios dopaminérgicos, dando origem a muitos dos sintomas de abstinência levando ao reforço da dependência da substância (Ashton, 2005; Baldwin et al., 2013; Tan, et al., 2010), que explicaremos no ponto seguinte.

3.2.2. Benzodiazepinas e síndrome de abstinência ou privação

Para melhor compreendermos de que forma o síndrome de abstinência de BZDs leva à dependência, devemos ter em consideração os seus sintomas, nomeadamente ansiedade *rebound*⁹, tremores insónias, náuseas, convulsões, ataques de pânico, câibras nos músculos, perda de peso, dificuldades de memória e concentração, inquietação, palpitações, assim como alguns mais específicos como distorções perceptivas, despersonalização, alucinações, excitabilidade, distorção da imagem corporal, hipersensibilidade, e sintomas psicóticos (Ashton, 2005; Breggin, 1998; Galperyn et al., 2014; Hallstrom & McClure, 1999; Licata & Rowlett, 2008; Quaglio et al., 2012).

Chamamos especial atenção para a ansiedade *rebound*, que consiste num síndrome transitório no qual os sintomas de ansiedade que levaram ao tratamento com benzodiazepinas regressam mas de forma intensificada, podendo ocorrer aquando da descontinuação do medicamento, sendo o risco maior se a interrupção do tratamento for brusca (Ashton, 2005).

Embora seja transitório, o indivíduo com o desespero ou induzido pelo medo recorre de imediato ao mesmo medicamento para parar com os sintomas, pelo que, mantém-se um ciclo de dependência (Ashton, 2005; Fresán et al., 2011; Hallstrom & McClure, 1999; Hood et al., 2012; Ouzir & Errami, 2016; Quaglio et al., 2012;). Assim, é provável que o uso prolongado de benzodiazepinas em vez de reduzir a ansiedade previna apenas os sintomas de abstinência desta substância (Ashton, 2005), processo devido então ao reforço negativo associado com uma redução dos sintomas de abstinência (Konopka, et al., 2013). Este reforço sustenta a crença entre os pacientes, de que a longo prazo, as benzodiazepinas parece ser um mal necessário (Donoghue & Lader, 2010).

De acordo com Ashton (2005) importa destacar três tipos sobrepostos de dependentes de BZDs. Os dependentes da dose terapêutica, que engloba a maior parte dos pacientes que usam BZDs a longo prazo e inadvertidamente se tornaram dependentes como resultado da repetição regular ao longo de meses ou anos. Outro

⁹ Também chamado de “ricochete”, é um síndrome transitório no qual os sintomas que levaram ao tratamento com benzodiazepinas regressam mas de forma intensificada, podendo ocorrer aquando da descontinuação do medicamento, sendo o risco maior se a interrupção do tratamento for brusca. Embora seja uma síndrome transitória, o indivíduo com o desespero recorre de imediato ao mesmo medicamento para parar com os sintomas, pelo que, mantém-se um ciclo de dependência (Ashton, 2005; Infarmed, 2017^a; Pagliaro & Pagliaro, 1998).

grupo que é provavelmente dependente são os pacientes com doenças físicas e psiquiátricas e idosos institucionalizados que mantêm prescrição a longo prazo. Por fim, existem os dependentes de prescrições de altas doses, uma minoria de pacientes que começou a escalar a dosagem excessivamente, mesmo após as doses máximas recomendadas.

O desenvolvimento de dependência de BZDs é um fenômeno previsível, influenciado por uma variedade de fatores, como a dose, a duração do tratamento, e uma série de outras condições, incluindo características individuais (Salzman, 1998). Numa revisão de literatura, verificou-se que a dependência de BZD está associada a fatores sociodemográficos (sexo feminino, baixa idade, educação inferior e reforma), fatores psicológicos e psiquiátricos (depressão, ansiedade, uso de antidepressivos, hostilidade, dificuldades em obter ajuda para lidar com problemas emocionais e menor qualidade de vida), fatores físicos (somatização, tratamento para dependência, uso de outras drogas) e fatores relacionados com o uso de BZD (dosagem diária elevada, utilização prolongada de BZD, meia-vida curta da BZD, e uso concomitante de várias BZD) (Manthey, et al., 2012).

Na mesma linha, como fatores de risco para a dependência de BZDs, encontramos os seguintes: impulsividade, neuroticismo, introversão, procura de novidades; fatores ambientais, a disponibilidade e o mau uso clínico desta substância, presença de outras perturbações mentais como depressão e ansiedade, ou por uso de outras substâncias, humor negativo, sentimentos de inadequação, indignidade e de culpa, predisposição ou vulnerabilidade genética para a dependência, variações dos padrões de prescrição e disponibilidade dessa substância nos vários países, curso de tratamento, falta de informação clara dada ao paciente sobre a possibilidade de dependência, ausência de utilização de outros métodos de tratamento alternativos (psicoterapia), maior utilização de estratégias de *coping* de carácter emocional, história marcada uma maior acumulação de eventos adversos anteriores ao tratamento ou tratamentos prévios inadequados (APA, 2014; Konopka, et al., 2013; Manthey, et al., 2012; Zandstra, et al., 2004).

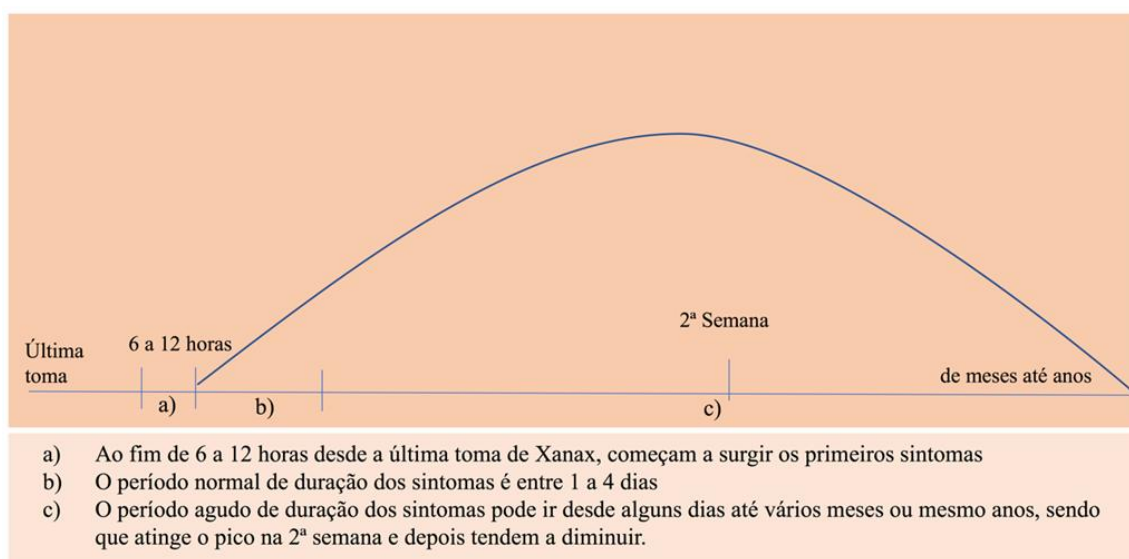
3.3. O caso específico da Alprazolam

O Alprazolam foi sintetizado, pela primeira vez, em 1969, por Patrícia Chrem. O Alprazolam é a substância ativa do Xanax, que foi introduzido no mercado em 1981. Está indicado no tratamento da ansiedade e da depressão, é uma benzodiazepina de ação curta com início rápido, pelo que reduz rapidamente a ansiedade. Normalmente os utilizadores sentem os efeitos após cerca de 45 minutos a 1 hora após a toma, no entanto, como é de curta duração, estes efeitos só duram cerca de seis horas, o que torna o Alprazolam tão inerentemente aditivo, levando as pessoas compelidas a tomar mais, mesmo que isso signifique violar os limites da prescrição da receita (FDA, 2017; Gerald, 2013; Infarmed, 2017c).

Esta toma regular provoca a tolerância ao Alprazolam, e os indivíduos tendem a tomar doses cada vez maiores, levando então à dependência, no entanto é preciso ter consciência que mesmo as doses normais tomadas em apenas alguns meses podem levar à tolerância e à dependência física, como a própria *Food and Drug Administration* (FDA) refere na informação de prescrição do Xanax, e tal como podemos encontrar na bula do Infarmed (FDA, 2017; Infarmed, 2017c). Estes problemas ocorrem com outras benzodiazepinas, mas são muito mais acentuados com o Xanax (Gerald, 2013).

Figura 2

Percurso de abstinência do Xanax (adaptado de FDA, 2017; Gerald, 2013; Infarmed, 2017c).



Conforme a figura 2, assim que a substância deixa de ser ativa no sangue, geralmente 6-12 horas após a última toma, os sintomas de abstinência começam a surgir, durando geralmente 1 a 4 dias. A fase aguda vem a seguir e pode durar de alguns dias até vários meses ou mesmo anos (FDA, 2017; Gerald, 2013; Infarmed, 2017c). Todos os sintomas de abstinência podem estar presentes durante a abstinência aguda, que normalmente irá atingir o seu pico cerca da segunda semana. Após este ponto, os sintomas provavelmente começam a abrandar. As pessoas que sofrem uma retirada prolongada, ou seja, de vários meses a anos, podem incluir sintomas psiquiátricos e *craving* de drogas (FDA, 2017; Gerald, 2013; Infarmed, 2017c).

Para evitar estes problemas, a retirada deve ser feita através de acompanhamento terapêutica de equipa multidisciplinar, e a dosagem de Xanax deve ser gradualmente reduzida durante um período de muitos meses (Ashton, 2005; FDA, 2017; Gerald, 2013).

A eficácia do alprazolam no tratamento da ansiedade, para uso a longo prazo, excedendo 6 meses, não foi ainda estabelecida em ensaios clínicos sistemáticos. No entanto, doentes com perturbações relacionadas com pânico foram tratados eficazmente por períodos até oito meses. O médico deverá reavaliar periodicamente a utilidade do fármaco para cada doente individualmente (Infarmed, 2017d).

3.4. Intervenção farmacoterapêutica na dependência de benzodiazepinas

A gestão e tratamento da dependência de BZDs envolve uma retirada gradual desta substância, tratamento de manutenção por antagonista ou agonista com dose equivalente de meia-vida longa, e/ou por intervenções psicológicas (Ashton, 1994; Ashton, 2005; Brett & Murnion, 2015; Liebrez et al., 2016; Quaglio et al., 2012), no entanto, até pelo menos 2013, não existia qualquer tratamento validado para dependência de BZDs (Maremmanni et al., 2013).

De facto, o tratamento da dependência de BZDs é muito complicado, logo a começar pela ênfase sobre a dificuldade de retirada em alguns pacientes, o que logo aqui vai dissuadir alguns médicos até mesmo de tentar (Baldwin et al., 2013). Esta ideia não faz sentido, uma vez que atualmente existe muitas evidências de que é possível para

a maioria das pessoas retirar com sucesso a sua dependência de BZD (Baldwin et al., 2013). Não obstante, os resultados mostram que a saúde física, mental e o desempenho cognitivo melhoram após a retirada, especialmente em pacientes idosos (Ashton, 2005).

Abordando a taxa de redução da dosagem de BZD esta varia para diferentes tipos de indivíduos, devendo ser diminuído gradualmente, até porque a retirada abrupta, especialmente em doses altas pode precipitar convulsões, estados psicóticos agudos e outras reações graves (Ashton, 2005; Brett & Murnion, 2015). Como tal, a dosagem de benzodiazepina deve ser diminuída a uma taxa titulada individualmente, que geralmente deve estar sob o controlo do paciente, podendo todo o processo demorar semanas ou meses (Ashton, 1994). O Diazepam tem se mostrado como o substituto ideal para o esquema de redução gradual das benzodiazepinas, por ser uma benzodiazepina de semi-vida longa, e taxa de absorção rápida, apresentando uma redução mais suave nos níveis sanguíneos (Ashton, 1994; Ashton, 2005).

Podemos verificar por exemplo, e tomando já em atenção que o indivíduo do estudo empírico está dependente de Alprazolam, o programa de redução que Ashton, 2005, propõe para esta substância:

Quadro 1.

Programa de redução de uma dose diária de 6 mg de Alprazolam através de substituição por Diazepam

	Manhã	Tarde	Noite	Dose Diazepam Equivalente
Dose inicial	Alprazolam 2mg	Alprazolam 2mg	Alprazolam 2mg	120mg
Primeira semana	Alprazolam 2mg	Alprazolam 2mg	Alprazolam 1.5mg Diazepam 10mg	120mg
Segunda semana	Alprazolam 2mg	Alprazolam 2mg	Alprazolam 1mg Diazepam 20mg	120mg
Terceira semana	Alprazolam 1.5mg diazepam 10mg	Alprazolam 2mg	Alprazolam 1mg Diazepam 20mg	120mg
Quarta semana	Alprazolam 1mg Diazepam 20mg	Alprazolam 2mg	Alprazolam 1mg Diazepam 20mg	120mg
Quinta e Sexta semana	Alprazolam 1mg Diazepam 20mg	Alprazolam 1mg Diazepam 10mg	Alprazolam 1mg Diazepam 20mg	110mg
Sétima e Oitava semana	Alprazolam 1mg Diazepam 20mg	Alprazolam 1mg Diazepam 10mg	Alprazolam 0.5mg Diazepam 20mg	100mg
Nona e Décima semana	Alprazolam 1mg Diazepam 20mg	Alprazolam 1mg Diazepam 10mg	Para alprazolam Diazepam 20mg	90mg
Décima primeira e décima segunda semana	Alprazolam 0.5mg Diazepam 20mg	Alprazolam 1mg Diazepam 10mg	Diazepam 20mg	80mg
Décima terceira e décima quarta semana	Alprazolam 0.5mg Diazepam 20mg	Alprazolam 0.5mg Diazepam 10mg	Diazepam 20mg	80mg
Décima quinta e décima sexta semana	Alprazolam 0.5mg Diazepam 20mg	Parar alprazolam Diazepam 10mg	Diazepam 20mg	60mg
Décima sétima e décima oitava semana	Parar alprazolam Diazepam 20mg	Diazepam 10mg	Diazepam 20mg	50mg
Décima nona e vigésima semana	Diazepam 25mg	Parar toma e dividir a dose, ou seja, aumenta 5 mg manhã e 5 mg à noite	Diazepam 25mg	50mg
Vigésima primeira e vigésima segunda semana	Diazepam 20mg	--	Diazepam 25mg	45mg
Vigésima terceira e vigésima quarta semana	Diazepam 20mg	--	Diazepam 20mg	40mg

Muitas substâncias foram investigadas pela sua capacidade de atenuar os sintomas de abstinência de benzodiazepina, mas nenhum provou ser geralmente útil para pacientes dependentes (Ashton, 2005). Por exemplo, os agonistas do recetor GABA não benzodiazepínicos, aliviam os sintomas de abstinência, mas são contraindicados uma vez que têm as mesmas desvantagens das benzodiazepinas (Ashton, 2005).

Outras das possibilidades é o tratamento com antagonistas, que tem relevado resultados promissores, nomeadamente o flumazenil (Hood et al., 2012; Licata & Rowlett, 2008; Quaglio et al., 2012). O flumazenil é um antagonista da BZD do receptor GABAA, havendo evidências preliminares de que a sua utilização ajuda a reduzir a sintomatologia de abstinência das BZDs (Hood, et al. 2012).

Num outro estudo realizado com vinte e nove pacientes, foi testado a desintoxicação de benzodiazepinas pela infusão 1,35 mg/dia de flumazenil (antagonista de benzodiazepinas), estabilizada com clonazepam (Quaglio et al., 2012). Neste estudo verificaram-se melhoras significativas para cerca de dois terços dos participantes, revelando-se uma possibilidade para tratamentos futuros, contudo importa salientar que cerca de 20% dos participantes tiveram que ser reintegrados em programas de tratamento para ansiedade (Quaglio et al., 2012). Apesar de algumas evidências que apoiam o uso de infusões de flumazenil para tratar a dependência de benzodiazepinas, as diretrizes atuais ainda favorecem a descontinuidade gradual, até à abstinência total das BZD (Liebrenz et al., 2016).

Existem também algumas evidências de que os antidepressivos, os bloqueadores b-adrenoreceptores, a gabapentina (e pregabalina) e os anticonvulsivantes ajudam na gestão dos sintomas de abstinência de BZDs (Hood et al., 2012). Outra possibilidade é a terapêutica de substituição com BZDs de longa duração, verificando-se num estudo de caso, com um doente diagnosticado com perturbação de ansiedade, que a terapêutica de substituição com o clonazepam, uma BZD de início lento e duradouro para o tratamento, levou a uma notável melhoria da situação clínica, incluindo a cessação do desejo, ausência de sintomas de abstinência, redução da ansiedade, melhorias no funcionamento social e um melhor nível cognitivo (Maremmani et al., 2013).

3.5. Intervenção psicoterapêutica na dependência de benzodiazepinas

A TCC tem vindo sendo identificada como uma psicoterapia que permite gerir e prevenir a redução ou a abstinência das BZDs, promovendo resultados bem sucedidos, (Galperyn et al., 2014; Hood et al., 2012) ajudando a minimizar ou a lidar com os sintomas de abstinência (Hood et al., 2012), assim como também ajuda a prevenir a recaída (Galperyn et al., 2014). De acordo com uma revisão de vários estudos a taxa de sucesso da psicoterapia na gestão da retirada das BZDs é de 70-80% (Ashton, 2005).

Não obstante, por mais cuidadosa que seja a redução da dosagem, os pacientes dependentes de benzodiazepinas podem desenvolver numerosos sintomas. Nesse sentido, o plano de retirada deve incluir provisão para apoio psicológico, promovendo a gestão eficaz da ansiedade e a prevenção da recaída (Ashton, 1994; 2005). O grau de apoio psicológico necessário durante a retirada é variável e pode variar de uma única consulta para TCC formal ou outras terapias direcionadas para a ansiedade ou desenvolvimento de estratégias de *coping* para lidar com o stress (Ashton, 2005).

Num estudo realizado com 16 pacientes encaminhados para retirada do uso crónico de BZDs, verificou-se que uma abordagem cognitiva em grupo, que tem por base técnicas de gestão de ansiedade e reestruturação cognitiva, teve sucesso em reduzir o uso de BZDs durante o período de tratamento e com um prognóstico favorável (Higgitt, Golombok, Fonagy, & Lader, 1987). Também se verificou neste estudo uma melhoria da sintomatologia ansiosa, mantendo-se este resultados em acompanhamentos a 3 meses e 1 ano (Higgitt, et al., 1987).

Apesar de todas as evidências anteriormente referidas, em alguns casos as intervenções farmacológicas e psicológicas têm apenas benefício limitado, por isso, certas pessoas não serão capazes de parar o uso de BZDs (Baldwin et al., 2013). Neste caso, a manutenção do tratamento a longo prazo, pode ser considerado desejável (Baldwin et al., 2013).

Outro aspeto importante a referir são os casos de recaída, com taxas de recaída entre 1 a 5 anos depois da retirada a variar entre 8 e 57% (Ashton, 2005). As causas mais comuns para a recaída no uso de BZDs incluem: experimentar e não saber como gerir emoções ou estados negativos (ex. ansiedade) sem o uso de substâncias; exposição

à substância; estilos de vida desequilibrados; pressões sociais para uso; e a falta de suporte social (Galperyn et al., 2014).

Após a revisão da literatura para o presente estudo, reforçou-se a constatação de que esta dependência tem um peso considerável na vida dos indivíduos, e por este motivo torna-se pertinente compreender o comportamento aditivo sustentado no uso de substâncias prescritas, que será alvo de desenvolvimento no estudo empírico que passamos a apresentar.

Capítulo II – Investigação Empírica: Estudo de Caso

1. Objetivo

O presente estudo, tem como objetivo global promover a compreensão de um comportamento aditivo sustentado no uso de substâncias prescritas (ansiolíticos) que constitui uma área de investigação crescente.

Como objetivos específicos o trabalho a desenvolver visa compreender a temática específica da dependência às benzodiazepinas; e contribuir para a produção de conhecimento no domínio de um comportamento aditivo decorrente da prescrição legal de um psicofármaco.

2. Método

Trata-se de um estudo exploratório, de índole qualitativa no formato de estudo de caso, com entrevista semiestruturada e gravação áudio.

Optou-se pela metodologia qualitativa, pois esta é uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real, relatado pela vivência subjetiva do individuo, dando assim relevância à sua experiência (Almeida & Freire, 2003; Dooley, 2002; Yin, 2005). A opção de estudo exploratório no formato de estudo de caso, deve ao facto de ainda ser reduzida a frequência de pedidos de ajuda em que este diagnostico é assumido, pelo que se pretende explorar um fenómeno comum sobre o qual há pouco conhecimento e relatos de indivíduos (Fortin, 1996).

Pretendeu-se fazer uma análise qualitativa, tendo por base a metodologia *grounded analysis*, a qual permite, através de um conjunto de procedimentos, desenvolver teorias pela relação mútua que se estabelece entre a recolha de dados e a sua análise (Fernandes, 2001, Rennie, Phillips & Quartaro, 1988, citados por Fonte, 2005; Strauss & Corbin, 1990, citados por Fonte, 2005). Para tal, é necessário percorrer 8 fases (Fonte, 2005):

1. Seleção do Material Relevante para a Análise – deve-se ler cada entrevista e sintetizar os principais temas que surgem das respostas, para que se possa a conhecer o discurso do sujeito;
2. Categorização Descritiva – através da utilização de frases e/ou ideias usadas pelo sujeito entrevistado, estabelecem-se unidades de análise e procede-se à sua categorização;
3. Elaboração de Memorandos – são utilizados como registo das ideias que surgem durante a construção de categorias. Estas ideias são referentes ao significado de cada uma das categorias e as relações entre elas;
4. Categorização Conceptual – esta fase consiste em integrar cada categoria descritiva em categorias mais abstratas, o que permite uma melhor organização, por integrarem várias categorias descritivas;
5. Categorização Central – aqui integram-se diversas categorias conceptuais em categorias centrais, isto é, mais gerais. Estas são semelhantes às categorias conceptuais de cada entrevista;
6. Hierarquia de Categorias – de forma a simplificar a descrição dos dados obtidos, hierarquizam-se as categorias através da categorização cumulativa, que tem por base a relação entre as várias categorias, tanto as conceptuais como as centrais;
7. Clarificação Estrutural – pretende-se integrar, se possível, as categorias idiossincráticas, ou seja, as que tenham sido relatadas por um só sujeito, noutras categorias, não sendo possível, então serão mantidas à parte da estrutura hierárquica se mesmo no fim da codificação não se encontrarem outros indivíduos que as refiram, e assim conclui-se a clarificação da estrutura hierárquica do discurso emergente;
8. Construção do Discurso do Grupo - nesta última fase, elabora-se uma síntese descritiva do discurso dos entrevistados.

Como o presente estudo só tem um participante, as etapas 7 e 8 não se aplicam.

2.1. Participante

X – Indivíduo do sexo feminino, 66 anos, com diagnóstico de dependência de benzodiazepinas, nomeadamente de Alprazolam.

2.2. Instrumentos

Com o intuito de aceder aos conteúdos recorreremos a dois instrumentos de recolha de informação:

- Entrevista para recolha da história clínica¹⁰;
- Entrevista semiestruturada centrada na temática da experiência de dependência a benzodiazepinas¹¹.

2.3. Procedimento

Após a revisão de literatura sobre o tema “Dependência a benzodiazepinas”, procedeu-se à escolha condicionada do participante do estudo. A escolha é condicionada pois estabeleceu-se um primeiro contacto com um potencial participante no sentido de avaliar a sua disponibilidade para participar no estudo. As características deste conduziram à escolha de um método qualitativo, com recurso a entrevista semiestruturada, a registar em áudio. Após resposta da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, o sujeito foi contactado e caso se mantenha a sua vontade ser-lhe-á solicitado o consentimento informado¹². Obtida a sua anuência, e estando salvaguardadas as condições de anonimato e confidencialidade foram efetuadas diligências para a realização do estudo na seguinte ordem:

1. Entrevista para a recolha da história clínica e entrevista semiestruturada com base no guião construído para a caracterização da experiência do uso de

¹⁰ Anexo 1

¹¹ Anexo 2

¹² Anexo 3

benzodiazepinas decorreu nas instalações da instituição privada em que o participante é acompanhado há mais de um ano.

2. Transcrição do registo áudio para registo escrito
3. Codificação e análise de conteúdos do método da *Grounded Analysis*.

A participação no estudo não implicou qualquer despesa na forma de honorários ou outra para o participante, apesar de decorrer no contexto da prática clínica privada.

Foram salvaguardadas as possibilidades da utente participar compelido pela relação terapêutica que existe decorrente de um acompanhamento psicoterapêutico superior a um ano. O estado de evolução do processo terapêutico do paciente escolhido condicionalmente foi uma garantia da liberdade de escolha por parte do utente, sendo certo que a informação recolhida não o foi por parte do seu terapeuta, mas sim pelo investigador da atual dissertação.

A recolha da informação decorreu nas instalações da unidade clínica de acolhimento da investigação, em contexto de privacidade adequado.

3. Apresentação dos Resultados

3.1. Entrevista Clínica

A entrevista de história clínica, tem com objetivo de recolher informações acerca da história de vida do indivíduo (Kaplan & Sadock, 2004). A história clínica incidiu sobre quais as queixas principais, história da doença atual, história prévia, história familiar, história médica geral, e no exame estado mental (Kaplan & Sadock, 2004).

Da entrevista da história clínica foram apenas retiradas as informações que tinham relevo para a clarificação do surgimento e manutenção da patologia, sendo preocupação da investigadora que não sejam fonte de identificação da paciente X em qualquer momento.

Caraterísticas sumárias da paciente

X é do sexo feminino, tem 66 anos, divorciada, licenciada, foi diagnosticada por psiquiatria, com uma Perturbação de Ansiedade Generalizada, aos 35/40 anos, e atualmente, diagnosticada com dependência a benzodiazepinas, a cerca de 5 anos, nomeadamente ao Alprazolam (Xanax).

3.1.1. Exame Mental

- a) Aspeto – aparentava mais idade que a que tem, cerca de 10 anos mais, tem uma aparência cuidada, o vestuário é o adequado para o clima e para a situação;
- b) Comportamento e atitude – manteve atitude colaborante, agradável, estabelecia contacto ocular. Apresentava alguma lentificação motora, e trémulo nas mãos;
- c) Discurso verbal – teve um discurso coerente, pausado, e com vocabulário culto, cuidado, tendo feito sempre o encadeamento de ideias;
- d) Perceção – Intacta;
- e) Processos cognitivos – elaborados, raciocínio correto;
- f) Conteúdo do discurso – manteve um discurso coerente;
- g) Afeto – apropriado, estável, não teve qualquer alteração
- h) Disposição emocional – aparentava ansiedade
- i) Funcionamento intelectual – tem cultura geral, facilidade em falar sobre qualquer tema;
- j) Orientação - esteve sempre orientada no espaço e tempo;
- k) Memória – denotou-se alguma dificuldade de memória recente
- l) Concentração – esteve sempre atenta;

m) Autocrítica – reconhece a doença, embora não altere o comportamento, no entanto reconhece as suas fragilidades;

n) Bom-senso – é uma pessoa ponderada.

3.1.2. História Clínica

i. História Familiar

Quanto a história familiar, a paciente X foi vítima de violência doméstica, tem 1 filha, é divorciada há 34 anos.

Pelo discurso da paciente, há preocupação e dependência para com a filha. Não há conhecimento de uso de benzodiazepinas por nenhum familiar.

ii. História Social

Teve uma carreira estável, refere que esteve muito tempo de baixa.

Durante vida alguns anos não teve vida social, mas afirma que atualmente está a recuperar aos poucos, e que não tem passatempos.

O que gosta de fazer é ver televisão e seguir os telejornais.

iii. Motivo atual da consulta

O motivo atual da consulta é a dependência de benzodiazepinas.

As áreas que identifica como tendo maiores dificuldades é a nível cognitivo, mais especificamente, de memória, refere que as pessoas se queixam por a paciente X perguntar várias vezes a mesma informação.

Refere não saber quando iniciou a toma de benzodiazepinas, “*só sei que é desde nova, desde há 30/35 anos, por causa da ansiedade*” (sic), e que esta prescrição “*foi o médico de família que me passou a primeira vez, depois ia lá renovar*” (sic).

iv. História médica

Quanto à história médica geral, tem fibromialgia e Doença pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), afirma que fica ansiosa sempre que começa a sentir dificuldade na parte respiratória.

Consome 20 cigarros por dia desde os 25 anos.

Afirma já ter tentado vários tratamentos para retirar as BZDs, sendo que cedeu as seguintes tabelas, que correspondem às alterações de medicação desde 2008 até à medicação atual:

Quadro 2

Medicação da paciente X a 05/05/2008

Medicamento	Pequeno-Almoço	Almoço	Jantar
Nodepe 20 mg	1	1	
Pridana forte	1	1	
Biolipe 40 mg		1	
Flexiban 10 mg		1	
Neurontin 400 mg	1	1	2
Tegretol CR 200 mg	1		1
Rivotril 2mg	1		1
Xanax 2 mg			1
Stilnox 10 mg			2
Bromalex 6 mg			1
Tercian 100 mg			1

Quadro 3

Medicação da paciente X a 15/12/2008

Medicamento	Pequeno-Almoço	Almoço	Jantar
Nodepe 20 mg	1	1	
Pridana forte	1		
Biolipe 40 mg		1	
Neurontin 400 mg	1	1	
Tegretol CR 200 mg	1		1
Rivotril 2mg	1		1
Xanax 2 mg	1		1
Dormicum			1
Bromalex 6 mg			1
Tercian 100 mg			1
Topamax 100 mg			1
Circadin		1	

Quadro 4

Medicação da paciente X a 04/03/2009

Medicamento	Pequeno-Almoço	Almoço	Lanche	Jantar
Nodepe 20 mg	1	1		
Pridana forte	1			
Biolipe 40 mg		1		
Neurontin 300 mg		1		
Neurontin 400 mg	1			
Tegretol CR 200 mg	1			1
Rivotril 0,5 mg	1			1
Dormicum				1
Bromalex 6 mg				1
Tercian 100 mg			1/2	1
Xanax 1mg	1	1		1

Quadro 5

Medicação da paciente X a 02/06/2015

Medicamento	PA	A	J	D
Fluoxetina 20 mg	1			
Lyrica 300	1/2			
Rivotril 0,5 mg		1		1
Metformina			1	
Herbesser 60		1		
Lorsedal 5				1
Seroquel 150				1
Triticum AC 150				1
Topiramato 100				1

Quadro 6

Medicação da paciente X a 14/07/2015

Medicamentos	P. Almoço	Almoço	Jantar	Deitar
Escitalopram 20 mg	1			
Lyrica 300	1			1
Xanax 1			1	
Metformina	1			
Herbesser	1			
Lorsedal 5				1
Xanax 1 mg	1			1
Seroquel 50 sr		1	1	
Seroquel 200 sr				1
Triticum ac				1
Palexia 100	1		1	

Quadro 7

Medicação da paciente X a 22/11/2015

Medicamento	P.Almoço	Almoço	Jantar	Deitar
Escitalopram 20 mg	1			
Seroquel 50 SR		1	1	
Seroquel 200 SR				1
Triticum AC				1
Lorsedal 5				1
Xanax 1 mg		1	1	
Herbesser 60	1			
Metformina 850 mg		1		
Rivotril 2 mg	1			1

Quadro 8

Medicação da paciente X a 15/11/2016

Medicamento	P.Almoço	Almoço	Jantar	Deitar
Escitalopram 25 mg	1			
Lyrica 150	1		1	
Xanax 1mg				1
Metformina 1000		1		
Seroquel 50	1			
Seroquel 200 SR				1
Triticum OD 300 mg				1

As múltiplas alterações de medicação demonstram que quando se tentava retirar ou diminuir o Xanax, a medicação foi alterada logo de seguida para reposição do mesmo. Podemos verificar na alteração de 05 de maio de 2008, a dose de 2 mg/dia de Xanax, tendo sido alterada novamente a 15 de dezembro do mesmo ano, para a dose de

4 mg/dia. A tentativa de retirada de Xanax no dia 02 de junho de 2015 não teve sucesso, tendo sido novamente introduzido no mês seguinte, a 14 de julho de 2015.

v. Avaliação da motivação

Está na fase de contemplação de acordo com o modelo Transteórico de Mudança de Comportamento de Prochaska e DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1984).

vi. História do desenvolvimento e aprendizagem prévia

Não está apresentado para preservar o anonimato da X.

vii. Análise Funcional

De acordo com Matos (1999) a análise funcional consiste na explicação de um evento pela descrição de suas relações com outros eventos, pelo que apresentamos a seguinte súmula quanto à manutenção do consumo de benzodiazepinas pela X:

Quadro 9

Análise Funcional da paciente X

Fatores Predisponentes	Sexo Feminino. Idade. Eventos do curso de vida
Fatores Precipitantes	Ansiedade contínua
Fatores de Manutenção	Prescrição/renovação facilitada Sintomas de privação das BZDs
Fatores de Proteção	Ansiedade, DPOC, Fibromialgia. Relação com a filha

3.2. Entrevista qualitativa semiestruturada

A entrevista é constituída por 8 perguntas abertas, optou-se por este tipo de entrevista pois pretendia-se recolher informação de forma a que a paciente X “transmita oralmente ao entrevistador a sua definição pessoal das questões colocadas” (Olabuénaga, 1996, citado por Fonte, 2005, p.293).

Nota Prévia: em todas as questões optamos por recorrer a excertos do discurso do individuo para uma melhor explicitação dos conteúdos.

Apresentamos de seguida as respostas obtidas em cada uma das questões colocadas à paciente X, transcrevendo a sua resposta na íntegra, seguida do resultado de categorização.

Segue-se a análise das respostas à questão 1, que tem como objetivo perceber o como, o quando e o porquê do início da toma de BZDs.

Questão 1 -- Como se inicia a sua história de consumo de benzodiazepinas? (há quanto tempo, associada a que situações, eventuais diagnósticos...)

Comecei a sentir ansiedade desde nova, mas não sei identificar um momento específico, só sei começava a sentir nervoso miudinho não me lembro em que situações, por isso comecei a tomar desde nova, desde os meus 30 e muitos anos, foi um médico de família que me aconselhou e receitou, passava sempre que eu precisava, na altura nem se falava de haver estas dependências.

Da análise realizada do seu discurso podemos retirar que no caso da paciente X o problema do uso de benzodiazepinas foi associado a uma perturbação da ansiedade, de contornos indefinidos para si. A intervenção terapêutica foi realizada por um clínico não especializado em psiquiatria e a manutenção da prescrição nunca foi questionada nem pela paciente nem pelo clínico, inferindo-se uma disponibilidade fácil no acesso à medicação ao longo dos anos.

Quadro 10

Unidades de análise, Categorias de 2ª e 1ª ordem obtidas na questão 1

1- Como se inicia a sua história de consumo de benzodiazepinas? (há quanto tempo, associada a que situações, eventuais diagnósticos...)

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
<i>Sentir ansiedade desde nova</i>	Sintomas ansiosos sem especificação	Prescrição pelo médico de família face a Sintomas ansiosos inespecíficos (no discurso da paciente)
<i>Começava a sentir nervoso miudinho</i>		
<i>Não me lembro em que situações,</i>		
<i>Foi um médico de família que me aconselhou</i> <i>(foi um médico de família que me) receitou</i>	Administração pelo médico de família a pedido da paciente	
<i>Passava sempre que eu precisava</i>		
<i>Não sei identificar momento</i>	Início mal identificado	Início precoce
<i>Comecei a tomar desde nova</i> <i>30 e muitos anos</i>	Prescrição contínua? Desde há várias décadas	
<i>Na altura nem se falava de haver estas dependências</i>	Desconhecimento do potencial da dependência	

Com a questão seguinte, pretendeu-se perceber quais os esforços feitos para a retirada das benzodiazepinas.

Questão 2 -- Durante este período de tempo alguma vez tentou suspender ou diminuir a toma das benzodiazepinas? (tratamentos, ajudas que teve..)

Já tentei muitas vezes, fiz muitos tratamentos, mas cada vez que se lembram de me tirar o xanax, nem imaginam o quanto fico mal, enervam-me muito, ainda não perceberam que não é o xanax que me faz mal?! Até fico aliviada sempre que o tomo. Tiram-me e sinto logo um aperto, parece que vou explodir, e só me apetece... sei lá!! Fico muito mais ansiosa do que antes, logo no dia, começo a ficar muito nervosa e com falta de ar, isto nos internamentos, porque em casa quando me mudam a medicação e começo com esses sintomas, então volto a tomar o que tomava.

Já mudei algumas vezes de psiquiatra, quando começam com a história de me tirar a medicação, fico logo nervosa. Agora estou bem, mas estive muito mal, e tomo pouca medicação.

Após a categorização das respostas obtidas a esta segunda questão podemos constatar algumas das reações típicas do processo de paragem de consumo de BZDs, os sintomas de privação, físicos e psíquicos, tais como a ansiedade *rebound*, falta de ar, entre outros.

Quadro 11

Unidades de análise, Categorias de 2ª e 1ª ordem obtidas na questão 2

2 -- Durante este período de tempo alguma vez tentou suspender ou diminuir a toma das benzodiazepinas? (tratamentos, ajudas que teve..)		
Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
<i>Cada vez que se lembram de me tirar o xanax, nem imaginam o quanto fico mal</i>	Negação da competência médica para lidar com o seu problema	Negação / Recusa do diagnóstico de dependência de BZD
<i>(Cada vez que se lembram de me tirar o xanax), enervam-me muito</i>		
<i>Quando começam com a história de me tirar a medicação, fico logo nervosa</i>		
<i>Já mudei algumas vezes de psiquiatra</i>		
<i>Ainda não perceberam que não é o xanax que me faz mal</i>	Negação do prejuízo provocado pela BZD	
<i>Agora estou bem, mas estive muito mal, e tomo pouca medicação</i>		
<i>Já tentei muitas vezes</i>	Insucesso dos múltiplos tratamentos	<i>Insucesso dos múltiplos tratamentos</i>
<i>Fiz muitos tratamentos</i>		
<i>Tiram-me e sinto logo um aperto</i>	Sintomatologia física de privação	Ativação de sintomas de abstinência sobreponíveis aos sintomas da ansiedade
<i>Parece que vou explodir</i>		
<i>Com falta de ar</i>		
<i>E só me apetece... sei lá!</i>	Sintomatologia psíquica de privação (predomínio da ansiedade)	
<i>Começo a ficar muito nervosa</i>		
<i>Muito mais ansiosa</i>		
<i>Fico logo nervosa</i>		

A questão que se segue pretendia averiguar de que forma a paciente poderia ter tomado consciência do seu problema de dependência.

Questão 3- Como foi todo o processo de tomada de consciência da dependência as benzodiazepinas? (quando percebeu este problema, que sintomas teve...)

Foi o que disse atrás, quando me tiram fico muito nervosa, sinto um nó na garganta, começo a tremer, mas isso é dos nervos, já percebi que vou ter de tomar sempre, mas agora tomo doses baixas, não percebo porque insistem. Hoje quando sinto o coração a bater mais forte, coloco um nitromint¹³ debaixo da língua, mas não resolve grande coisa, ficam as palpitações, insónias. Na cama, deito-me e viro para um lado e para o outro, outras vezes adormeço, mas acordo uma hora de adormecer e não consigo voltar a dormir porque começo a pensar em tudo, nas coisas más, volta tudo à minha cabeça e começo a ficar mais nervosa e levanto-me para pôr o xanax debaixo da língua.

Após a análise à resposta a esta questão podemos verificar que X tem maioritariamente sintomas ansiosos no momento da retirada da BZD, sendo que prefere racionalizar a sua adição, e utilizar a substancia como resolução do seu mal-estar.

No quadro 11 que se segue os sintomas estão sintetizados nas categorias construídas a partir da voz da paciente X.

¹³ Nitromint está indicado no alívio de ataques agudos de angina pectoris, tendo como um dos motivos despoletadores o stress.

Quadro 12

Unidades de análise, Categorias de 2ª e 1ª ordem obtidas na questão 3

3- Como foi todo o processo de tomada de consciência da dependência as benzodiazepinas? (quando percebeu este problema, que sintomas teve...)		
Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
<i>(Quando me tiram) sinto um nó na garganta</i>	Sintomas ansiosos fisiológicos quando pára o consumo	Surgimento de sintomas ansiosos de abstinência
<i>Começo a tremer</i>		
<i>Ficam as palpitações</i>		
<i>(Quando me tiram) fico muito nervosa</i>	Sintomas ansiosos subjetivo quando para o consumo	
<i>Isso é dos nervos</i>		
<i>Deito-me e viro para um lado e para o outro</i>	Insónia	Insónia
<i>Outras vezes adormeço, mas acordo uma hora depois de adormecer e</i>		
<i>Não consigo voltar a dormir porque começo a pensar em tudo</i>		
<i>Coisas más, volta tudo à minha cabeça</i>		
<i>Não percebo porque insistem</i>	Desvalorização do problema	Desvalorização do problema aditivo
<i>Agora tomo doses baixas</i>		
<i>Já percebi que vou ter de tomar sempre</i>	Rendição ao consumo	
<i>Levanto-me para pôr um xanax debaixo da língua</i>	Medicação como recurso fácil para resolução do mal-estar	Medicação como recurso fácil para resolução do mal-estar
<i>Hoje quando sinto o coração a bater mais forte, coloco um nitromint debaixo da língua</i>		

Com a questão 4 pretendeu-se averiguar que impacto é que o síndrome de privação tem nos tratamentos.

Questão 4 - Quais as maiores dificuldades físicas e psicológicas que tem tido em todo o percurso feito até agora?

Eu tenho algum esquecimento, às vezes faltam-me palavras, tonturas e tenho muito tremulo, o dia todo, fiz exames, e a minha neurologista diz que é das benzodiazepinas e que devia tentar retirar, mas ela própria diz, que mais vale tomar isto do que ficar no estado em que fico sem a medicação. Mas eu também acho que isto tem que ver com a idade. Na família dizem que eu às vezes estou confusa e irritada com tudo, a minha filha pergunta logo se tomei a mais. Algumas vezes já tomei mais do que o prescrito, mas só quando estou muito nervosa.

Da análise desta configuração da categorização ressaltamos a multiplicidade de sintomas em vários domínios, que como iremos referir na discussão dos resultados são coincidentes com várias referências bibliográficas. O reconhecimento de momentos ocasionais de uso inadequado integra-se com a ambivalência típica do comportamento aditivo, em que a paciente oscila entre o reconhecimento do problema e a racionalização/justificação para a manutenção da toma, “o quero, mas não quero” (Prochaska & DiClemente, 1984).

Quadro 13

Unidades de análise, Categorias de 2ª e 1ª ordem obtidas na questão 4

4 - Quais as maiores dificuldades físicas e psicológicas que tem tido em todo o percurso feito até agora?		
Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
<i>Tenho algum esquecimento</i>	Problemas de memória	Sintomas múltiplos
<i>Às vezes faltam-me palavras</i>		
<i>Tonturas</i>	Sintomas neurovegetativos	
<i>Tenho muito tremulo</i>	Sintomas emocionais	
<i>Às vezes estou confusa</i>		
<i>Irritada com tudo</i>		
<i>A minha filha pergunta logo se tomei a mais</i>	Sinais de consumo abusivo	Sinais de consumo abusivo
<i>Algumas vezes já tomei mais do que o prescrito, mas só quando estou muito nervosa.</i>		
<i>A neurologista diz que é das benzodiazepinas</i>	Ambivalência face à opinião médica	Ambivalência face ao problema de dependência
<i>(A neurologista diz) que devia tentar retirar</i>		
<i>(A neurologista diz) que mais vale tomar isto do que ficar no estado em que fico sem a medicação.</i>		
<i>Mas eu também acho que isto tem que ver com a idade</i>	Desvalorização do efeito das BZDs	

Já a questão 5 implica um processo de avaliação solicitado à paciente, no que respeita aos efeitos diários das BZDs.

Questão 5 - Em sua opinião, qual é o impacto desta medicação na sua vida diária? (rotinas, limitações...)

Às vezes, quando me sinto como disse atrás, por exemplo não saio de casa, outras vezes, baixa-me o oxigénio, e tenho de ir ao hospital, de resto afastei-me um bocadinho das pessoas.

A paciente X, deu uma resposta reduzida, não querendo ela própria aprofundar mais, tendo minimizado as consequências da medicação no seu dia a dia.

Verifica-se, pela análise da categorização, que surgem pelo menos duas efeitos da toma, uma consequência social, o isolamento, e consequência física, descida de oxigénio.

Quadro 14

Unidades de análise, Categorias de 2ª e 1ª ordem obtidas na questão 5

5 - Em sua opinião, qual é o impacto desta medicação na sua vida diária? (rotinas, limitações...)		
Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
<i>Não saio de casa</i>	Isolamento	Limitações da autonomia
<i>Afastei-me um bocadinho das pessoas</i>		
<i>Baixa-me o oxigénio</i>	Consequências físicas da toma	

Uma vez que este diagnóstico de dependência de BZds nem sempre é consensual, foi para nós importante avaliar qual a resposta das estruturas de saúde face a esta dependência, que se traduz na questão seguinte.

Questão 6 - No âmbito dos serviços de saúde como tem sido a sua experiência quanto à resposta a esta adição/dependência?

No público? Nunca procurei, aliás, as poucas vezes que fui a uma urgência, diziam que eu tinha tomado medicação a mais, como se fosse para me matar, mas não era, depois limpavam e tinha alta. No privado, é como disse, querem tirar a medicação,

ou trocar por outras benzodiazepinas, não resolvia nada! Mas tive psiquiatras que cada vez que eu lá ia, aumentavam a dose ou punham outras benzodiazepinas, depois a minha filha e eu voltávamos a pôr a medicação antiga, há uma altura que nem me lembro das coisas, que as confundo.

Da análise categorial realizada sobressai a categoria de 1ª ordem organizada com base na temática do descrédito nas respostas do sistema de saúde. Esta categoria sustenta-se na falta de resposta adequada no serviço nacional de saúde, ausência de resultados e de acompanhamento contínuo no serviço de saúde privado.

Quadro 15

Unidades de análise, Categorias de 2ª e 1ª ordem obtidas na questão 6

6 - No âmbito dos serviços de saúde como tem sido a sua experiência quanto à resposta a esta adição/dependência?		
Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
<i>As poucas vezes que fui a uma urgência, diziam que eu tinha tomado medicação a mais</i>	Confusão com tentativas de suicídio	Descrédito nas respostas do sistema de saúde
<i>Como se fosse para me matar</i>		
<i>Depois limpavam e tinha alta</i>	Diversas respostas clínicas ao problema, não coincidentes	
<i>No privado querem tirar a medicação, ou trocar por outras benzodiazepinas</i>		
<i>Psiquiatras aumentavam a dose ou punham outras benzodiazepinas</i>		
<i>Não resolvia nada</i>	Desvalorização da resposta terapêutica	
<i>A minha filha e eu voltávamos a pôr a medicação antiga</i>		

Daqui surgiu a questão seguinte, que pretendeu perceber quais as perspetivas de futuro que X tem a cerca desta dependência.

Questão 7 - Atualmente, quais são as suas expectativas quanto à resolução deste problema?

Nenhuma! Vou tomar sempre isto, assim ando tranquila, é só fazer ajustes, já estou conformada, mas sinto frustração por não conseguir ultrapassar isto, fico revoltada comigo.

Da análise da categorização da resposta dada à questão 7, verificamos que X não tem esperança, aliás surge o conformismo com a situação, e o sentimento de frustração, o que resulta na categoria de 1ª ordem “impossibilidade de mudança” (em termos gerais e especificamente no uso da substância).

Quadro 16

Unidades de análise, Categorias de 2ª e 1ª ordem obtidas na questão 7

7 - Atualmente, quais são as suas expectativas quanto à resolução deste problema?		
Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
<i>Nenhuma!</i>	Desesperança	Impossibilidade de mudança
<i>Vou tomar sempre isto</i>	Conformismo	
<i>Assim ando tranquila</i>		
<i>É só fazer ajustes</i>		
<i>Já estou conformada</i>		
<i>Sinto frustração por não conseguir ultrapassar isto</i>	Frustração	
<i>Fico revoltada comigo</i>		

Questão 8 - E qual o seu maior receio, uma vez que este processo ainda está em curso.

Receio? Só o medo dos efeitos a longo prazo, medo de ficar para sempre presa aos medicamentos, tenho medo de piorar os sintomas que já tenho. Já perdi o que tinha a perder... esta vida não é vida de qualidade, é a possível. De qualquer maneira já estou habituada... pior não deve poder ser! E com esta idade já não me vão fazer muito pior!

Com a categorização da resposta obtida, corrobora-se o que já foi verificado noutras questões, quer o medo, quer a resignação com a sua situação, bem como a desvalorização dos efeitos da toma desta medicação.

Quadro 17

Unidades de análise, Categorias de 2ª e 1ª ordem obtidas na questão 8

8 - E qual o seu maior receio, uma vez que este processo ainda está em curso.		
Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
<i>Só o medo dos efeitos a longo prazo</i>	Medo do futuro	Medo
<i>Medo de ficar para sempre presa aos medicamentos</i>		
<i>Medo de piorar os sintomas que já tenho</i>	Medo dos sintomas	
<i>Já perdi o que tinha a perder</i>	Conformismo/Desvalorização dos efeitos	Resignação
<i>Esta vida não é vida de qualidade, é a possível</i>		
<i>Estou habituada</i>		
<i>Pior não deve poder ser</i>		
<i>Com esta idade não me vão fazer muito pior</i>		

4. Discussão dos Resultados

Após a apresentação dos dados, podemos verificar que os resultados vão de encontro à literatura consultada.

A paciente X encontra-se na fase de Contemplação para a mudança, identificando que tem um problema e até considera enfrentá-lo, mas isso acaba por nunca acontecer, continuando assim a toma das BZDs (Prochaska & DiClemente, 1984).

Como se verificou atrás, a dependência de BZD está associada a fatores sociodemográficos, (a paciente X é do sexo feminino, tem 66 anos); a fatores psicológicos e psiquiátricos (a paciente tem diagnóstico de PAG); e a fatores relacionados com o uso de BZD (utilização prolongada de BZDs, diversos tratamentos que produziram eventos traumáticos), sendo que estes são todos fatores predisponentes para se tornar dependente de BZDs (Konopka, et al., 2013; Manthey, et al., 2012).

O início da toma de BZDs deveu-se à ansiedade, conforme categoria de 1ª ordem da questão 1, “prescrição pelo médico de família face a sintomas ansiosos inespecíficos” e à perspetiva clínica vigente na altura para a sua patologia. O diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada como verificamos na revisão da literatura é uma das patologias para a qual está indicada esta medicação (Zandstra et al., 2002).

Continuando na questão 1, o facto da prescrição ter sido feita pelo médico de família, confirma também a constatação de que as prescrições de benzodiazepinas são feitas maioritariamente pelo médico de família e não por psiquiatras (Galleguilos, Risco, Garay, González & Vogel, 2003).

Conforme se verifica na questão 6, há em X um “descrédito nas respostas do sistema de saúde”, isto pelas respostas inadequadas e falta de acompanhamento da paciente X, nestes casos, a função do médico de família assume um papel importante na problemática da dependência das BZDs, pois estes técnicos podem estar na origem ou na manutenção do consumo da medicação, sendo que a falta de disponibilidade para o doente, o défice de conhecimento científico da medicação, contribuem para um maior facilitismo na prescrição contínua da mesma, bem como a falta de esclarecimento dado

aos doentes (Galleguilos, et al., 2003; Rickels & Freeman, 2000). Pode-se acrescentar a estas causas, uma com bastante relevância, a maior suscetibilidade de certos médicos face às pressões exercidas pelos doentes, que acabam por aceder aos seus pedidos de renovação da receita (Rickels & Freeman, 2000).

Este “descrédito nas respostas do sistema de saúde”, são potenciados e confirmados pelas mudanças constantes na terapia farmacológica da paciente de X, estando na causa disto as respostas inadequadas e falta de acompanhamento da paciente X, como referido no parágrafo anterior. Ao ser retirada a benzodiazepina, há uma preocupação pela parte da paciente, que traduz uma reação emocional de medo e ansiedade diminuindo assim a adesão e incentiva o uso do medicamento, reforçando a crença na necessidade do mesmo. (Horne, 2003).

Na questão 2, surge a categoria de 1ª ordem “ativação de sintomas de abstinência sobreponíveis aos sintomas da ansiedade”, na questão 3 “surgimento de sintomas ansiosos de abstinência”, este é outro fator a ter em conta, o aparecimento da síndrome de abstinência que conduz a que o indivíduo retome o uso das benzodiazepinas, pelo seu efeito rápido na diminuição dos sintomas físicos e psicológicos, e este é o efeito reforçador mais importante (Griffiths & Weerts, 1997).

Temos ainda a questão da privação entre doses, particularmente relevante no caso do alprazolam. Como é uma BZD de ação curta, isto leva a que mal comece a passar o efeito da substância, o indivíduo tenha sintomas de privação e continua o consumo de forma a evitar os sintomas, levando à tolerância, e ao consumo abusivo (Ashton, 2005; Cloos, 2010), como podemos verificar na resposta à questão 4 “já tomei mais do que o prescrito” (sic).

A paciente X, na questão 2, refere “cada vez que se lembram de tirar o xanax... fico muito mais ansiosa que antes(...) então volto a tomar o que tomava” (sic), aqui estamos perante um dos sintomas mais importante do síndrome de abstinência de BZDs, a ansiedade *rebound*, que embora transitório, é uma síndrome na qual os sintomas que levaram ao tratamento com benzodiazepinas regressam mas de forma intensificada, chegando a haver confusão entre a ansiedade e o síndrome de privação e o indivíduo com o desespero recorre de imediato ao mesmo medicamento para parar com os sintomas, (Ashton, 2005a; Pagliaro & Pagliaro, 1998; Infarmed, 2017a).

De acordo com a literatura, encontramos também a descrição de sintomas de privação de BZDs nas respostas da paciente X, tais como “tiram-me e sinto logo um aperto”, “começo a ficar nervosa”, pois uso repetido de benzodiazepinas, inclui dependência física e psicológica. (Authier et al., 2009; Bueno, 2012; Hood et al., 2012; Konopka et al., 2013; Licata & Rowlett, 2008; Ouzir & Errami, 2016).

Assume particular relevância, o tempo de utilização das benzodiazepinas pela paciente X, que já ultrapassa os 30 anos, sendo que a literatura, e o próprio Infarmed, aconselham a toma pelo mais curto prazo de tempo (Ashton, 2005; Donoghue & Lader, 2010; Fresán et al., 2011; Infarmed, 2017d; Longo & Johnson, 2000; Maremmani et al., 2013; Salzman, 1998; Tan, Rudolph, & Lüscher, 2011), sendo este contemplado até às 4 a 6 semanas (Ashton, 2005; Ashton, 2011; Miranda 2000; Konopka, et al., 2013; Lader, 2011; Zandstra, et al., 2004).

Em várias respostas encontramos “levanto-me para pôr um xanax debaixo da língua”, “volto a tomar o que tomava”, “voltamos a pôr a medicação antiga”, a dependência psicológica das benzodiazepinas leva a que a paciente a tome para contornar o problema, em vez de o enfrentar de forma definitiva (Hallstrom & McClure, 1999).

Encontramos pois na análise do discurso desta paciente todo um conjunto de sintomas e de respostas físicas e emocionais que surgiram da tentativa de resolver um problema (PGA) e que se constituíram em outro de marcada relevância e de inegável impacto nas múltiplas áreas de vida de X.

Conclusão

O presente estudo, confirma a existência da dependência de benzodiazepinas, bem como alterações físicas, psicológicas e sociais na vida dos dependentes destas substâncias.

Surgiu como principal obstáculo à retirada das benzodiazepinas a ansiedade *rebound*, sendo que foi o sintoma que a participante do estudo mais vezes mencionou.

Concluimos que com uma prescrição cuidadosa e acompanhamento médico, os indivíduos podem beneficiar dos efeitos desta medicação, no entanto, como verificamos, a Perturbação de Ansiedade é uma doença crónica pelo que precisa de tratamento a longo prazo, ora a utilização de BZDs por mais que o tempo aconselhado pela literatura, produz resultados nefastos, pelo que a escolha destes deve ser limitada, e sempre acompanhada de intervenção psicoterapêutica, nomeadamente a Terapia Cognitivo-Comportamental.

Como limitações do estudo, encontramos o facto de não haver diagnósticos de indivíduos dependentes desta substância, e por isso é restrita a amostra, sendo exatamente por este mesmo motivo, o presente estudo pertinente dado que a tentativa de compreensão da perceção da participante relativamente à dependência de BZDs, através da análise do seu discurso, tem sido ainda pouco estudada.

Para uma solidificação destes resultados, sugere-se um estudo futuro com uma amostra maior, embora o objetivo não seja a obtenção de um discurso “geral” mas sim o conhecimento mais profundo desta temática, e consequentemente tratamentos.

O psicólogo, neste contexto, tem um papel muito importante, pois pode ajudar o indivíduo a desenvolver competências de forma a enfrentar a sua dependência, e no tratamento da ansiedade, e, para tal, tem de intervir a nível das crenças, cognições, expectativas e fontes de suporte.

Através do referido anteriormente, o psicólogo deve ajudar a minorar a ansiedade presente, e participar nas estratégias concertadas para a retirada das benzodiazepinas.

Pensamos que os casos de dificuldade de avaliação da dependência de benzodiazepinas ainda são muitos na atualidade, pois é sempre difícil reconhecer que determinada estratégia terapêutica sustentada durante décadas poderá ter mais prejuízos que benefícios.

Gostaríamos de acreditar que a voz da paciente X não vai ficar completamente sem eco, e que o elefante no meio da sala que é tão grande e que talvez por isso não se veja, passe a ter visibilidade para que a prevenção destas situações seja prioritária.

Referências Bibliográficas

- Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (3ª ed. rev.). Braga: Psiquilibrios.
- American Psychiatric Association (APA; 2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-IV-TR* (4ªed., Texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (APA; 2014). *DSM 5 - Manual diagnóstico e estatístico das perturbações mentais* (5ª. ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrews, G., Hobbs, M.J., Borkovec, T.D., Beesdo, K., Craske, M.G., Heimberg, R.G., et al. (2010). Generalized worry disorder: a review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 134-147. DOI: 10.1002/da.20658.
- Araújo, A.C. & Neto, F. L. (2014). A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais - o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16 (1), 67-82. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007.
- Ashton, H. (1994). The treatment of benzodiazepine dependence. *Addiction*. 89(11), 1535-1541.
- Ashton, H. (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current Opinion in Psychiatry* 18(3), 249–255. DOI: 10.1097/01.yco.0000165594.60434.84.
- Ashton, H. (2011, Abril). *The Ashton Manual Supplement: A Supplement to Benzodiazepines: How They Work & How to Withdraw*. Disponível em <http://www.benzo.org.uk/index.htm>.

- Ashworth, M., Gerada, C., & Dallmeyer, R. (2002). Benzodiazepines: addiction and abuse. *Drugs: education, prevention and policy*, 9(4), 389-397. DOI: 10.1080/0968763011009 9344.
- Authier, N., Balayssac, D., Sautereau, M., Zangarelli, A., Courty, P., Somogyi, A.A., et al. (2009). Benzodiazepine dependence: focus on withdrawal syndrome. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 67(6), 408–413. DOI: 10.1016/j.pharma.2009.07.001.
- Bagby, R.M., Psych, C., Quilty, L.C., & Ryder, A.C. (2008). Personality and depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(1), 14–25. DOI: 10.1177/070674370805300104.
- Baldomero, E.B. (2001). *¿Depresión y ansiedad? 100 preguntas mas frecuentes*. Madrid: Editores Médicos, S.A.
- Baldwin, D.S., Aitchison, K., Bateson, A., Curran, H.V., Davies, S., Leonard, B., et al. (2013). Benzodiazepines: risks and benefits. A reconsideration. *Journal of Psychopharmacology*, 27(11), 967-71. DOI: 10.1177/0269881113503509. Epub 2013 Sep 24.
- Barlow, D.H., Rapee R.M., & Brown, T.A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23(4), 551-570. DOI: 10.1016/S0005-7894(05)80221-7.
- Behar, E., DiMarco, I.D., Hekler, E.B., Mohlman, J., & Staples, A.M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011-1023. DOI: 10.1016/j.janxdis.2009.07.006.
- Bogunovic, O. J., & Greenfield, S. F. (2004). Practical geriatrics: Use of benzodiazepines among elderly patients. *Psychiatric Services*, 55(3), 233–235. DOI: 10.1176/appi.ps.55.3.233.
- Braunwald, E., Fauci, A.S., Kasper, D.L., Hauser, S.L., Longo, D.L., & Jameson, J.L. (2004). *Harrison: Manual de Medicina* (15° Ed.). Lisboa: McGraw-Hill.

- Breggin, P.R. (1998). Analysis of adverse behavioral effects of benzodiazepines with a discussion on drawing scientific conclusions from the FDA's spontaneous reporting system. *The Journal of Mind and Behavior*, 19(1), 21-50. Retirado de http://www.antonioacasella.eu/archila/Breggin_1998.pdf
- Brett, J. & Murnion, B. (2015). Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Australian Prescriber*, 38(5), 152-155. DOI: 10.18773/austprescr.2015.055
- Bueno, J. R. (2012). Emprego clínico, uso indevido e abuso de benzodiazepínicos – uma revisão. *Debates em Psiquiatria*, 3, 6-11. Retirado de http://www.abp.org.br/download/revista_debates_9_mai_jun_2012.pdf
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. & Beck, A.T. (2006). The empirical Status of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Camí, J., & Farré, M. (2003). Mechanisms of disease Drug Addiction. *New England Journal of Medicine*, 349, 975-86. DOI: 10.1056/NEJMra023160
- Cloos, J. (2010). Benzodiazepines and Addiction: Myths and Realities. *Psychiatric Times*, 27(7), 26-29.
- Cordioli, A.V. & Knapp, P. (2008). A terapia Cognitivo Comportamental no tratamento de transtornos mentais. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30(Supl II), S51-3.
- Correia, D.T., Guerreiro, D.F. & Barbosa, A. (2014). Semiologia psicopatológica. Em D.T. Correia (Ed.), *Manual de psicopatologia: De acordo com o DSM-5* (2ª ed., pp.19-91). Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.
- Coutinho, D., Vieira, D.N., & Teixeira, H.M. (2011). Condução sob influência de benzodiazepinas e antidepressivos prescrição médica e abuso. *Acta médica portuguesa*, 24(3), 431-438. Retirado de <https://pdfs.semanticscholar.org/bb51/d46c1455b57f9b3ab97ec3b245e05a8d45a3.pdf>

- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista Psiquiatria Clinica*, 37(4), 145-151. DOI: 10.1590/S0101-60832010000400001.
- Cuevas, C., Sanz, E., & Fuente, J. (2003). Benzodiazepines: more “behavioural” addiction than dependence. *Psychopharmacology*, 167, 297–303. DOI: 10.1007/s00213-002-1376-8
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 130-140. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.01.002.
- Davidson, R. & Irwin, W. (1999). The functional neuroanatomy of emotion and affective style. *Trends in Cognitive Sciences*, 3(1), 11-21. DOI: 10.1016/S1364-6613(98)01265-0
- Direção-Geral da Saúde (DGS; 2016). *Portugal – Saúde Mental em Números 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Donoghue, J. & Lader, M. (2010). Usage of benzodiazepines: A review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14, 78–87. DOI: 10.3109/13651500903447810.
- Dooley, L. M. (2002). Case Study Research and Theory Building. *Advances in Developing Human Resources*, 4, 335-354.
- Dugas, M.J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., & Gaudet, A. (2010). A Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Therapy and Applied Relaxation for Adults With Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 41(1), 46–58. DOI: 10.1016/j.beth.2008.12.004

- Enoch, M. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*, 214(1), 17-31. doi: 10.1007/s00213-010-1916-6.
- FDA – U.S. Food and Drug Administration (2017). *Xanax*. Disponível em https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2016/018276s052lbl.pdf#page=24.
- Fonte, C. (2005). Investigar narrativas e significados: a grounded analysis como metodologia de referência. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 2, 290-297.
- Fortin, M. (1996). *O Processo de Investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fresán, A., Minaya, O., Cortés-López, J.L., & Ugalde, O. (2011). Características demográficas y clínicas asociadas a la dependencia a benzodiazepinas en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental*, 34(2), 103-109.
- 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.
- Galperyn, K., Crockford, D., & el-Guebaly, N. (2014). Understanding Cognitive Behavioural Therapy for Addiction: Its Use in Tapering Off Benzodiazepines. *Canadian Journal of Addiction Medicine*, 5(1), 13-15.
- Gerald, M. C. (2013). *The Drug Book: from arsenic to Xanax, 250 milestones in the history of drugs*. New York: Sterling.
- Gérardin, M., Victorri-Vigneau, C., Guerlais, M., Guillou-Landreat, M., Grall-Bronnec, M., & Jolliet, P. (2014). Benzodiazepines Consumption: Does Dependence Vary with Age? *Substance Use & Misuse*, 49, 1417–1425. DOI: 10.3109/10826084.2014.912226
- Ghitza, U.E., Epstein, D.H., & Preston, K.L. (2008). Self-report of illicit benzodiazepine use on the Addiction Severity Index predicts treatment outcome.

Drug and Alcohol Dependence, 97, 150-157.
DOI:10.1016/j.drugalcdep.2008.04.003

Góis, M. & Amaral, J. (2010). O uso de drogas lícitas e ilícitas e suas consequências sociais e económicas. *ETIC - Encontro de Iniciação Científica*, 5(5), 1-22.
Retrieved from <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2253/2208>

Gonçalves, O. F. (2004). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas* (4ª Edição). Porto: Edições Afrontamento.

González, C.A., (2007). *Guia farmacológico de analgésicos*. Algés: Revisfarma

Griffiths R., & Weerts, E. M. (1997). Benzodiazepine self-administration in humans and laboratory animals – implications for problems of long-term use and abuse. *Psychopharmacology*, 134, 1-37.

Hallstrom, C. & McClure, N. (1999). *Anxiety and Depression: Your questions answered*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Hernandez, S.H. & Nelson, L.S. (2010). Prescription drug abuse: insight into the epidemic. *Clinical pharmacology & Therapeutics*, 88(3), 307-317. DOI: 10.1038/clpt.2010.154

Hetem, L.A. & Graeff, F. G. (2005). *Transtornos da ansiedade*. Brasil: Atheneu Editora

Higgitt, A., Golombok, S., Fonagy, P., & Lader, M (1987). Group Treatment of Benzodiazepine Dependence. *Addiction*, 82(5), 517–532. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1987.tb01509.x.

Hood, S.D., Norman, A., Hince, D.A., Melichar, J.K., & Hulse, G.K. (2012). Benzodiazepine dependence and its treatment with low dose flumazenil. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(2), 285–294. DOI:10.1111/bcp.12023.

Horne, Robert (2003) - *Treatment perceptions and self-regulation*. In Leventhal, L. Cameron, & H - *The self-regulation of health and illness behavior*: London: Routledge. p. 138-153.

- In-Albon, T. & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of Childhood Anxiety Disorders: A Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(1), 15-24. DOI: 10.1159/000096361
- Infarmed (2017a). *Folheto informativo – Diazepam Labesfal*. Disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=4846&tipo_documento=fi.
- Infarmed (2017b). *Folheto informativo – Lorazepam Cinfa*. Disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=39080&tipo_documento=fi.
- Infarmed (2017c). *Folheto informativo – Xanax*. Disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=9313&tipo_documento=fi.
- Infarmed (2017d). *Folheto informativo – Alprazolam*. Disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=39618&tipo_documento=fi.
- International Narcotics Control Board (2016). *Annual Reports 2015 - Special Report: Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purpose*. New York: United Nations. Retirado de http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2015/English/Supplement-AR15_availability_English.pdf
- Ito, L.M. (1998). *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (2004). *Manual de psiquiatria clínica*. 2ª edição. Artmed: Rio de Janeiro.
- Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. São Paulo: Artmed.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Raitasalo, R., Haaramo, P., & Järvikoski, A. (2008). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability

- and functional capacity - A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 95-106, DOI: 10.1016/j.jad.2007.08.005.
- Konopka, A., Pełka-Wysiecka, J., Grzywacz, A., & Samochowiec, J. (2013). Psychosocial characteristics of benzodiazepine addicts compared to not addicted benzodiazepine users. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 40, 229–235. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2012.09.001
- Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited-will we ever learn? *Addiction*, 106(12), 2086-2109. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03563.x.
- Lader, M. (2015). Generalized Anxiety Disorder. *Encyclopedia of Psychopharmacology*, 699-702. DOI: 10.1007/978-3-642-36172-2_317
- Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 957-964. DOI: 10.1037/0022-006X.68.6.957
- Leahy, R.L., Tirch, D., & Napolitano, L.A. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Licata, S.C. & Rowlett, J.K. (2008). Abuse and dependence liability of benzodiazepine-type drugs: GABA(A) receptor modulation and beyond. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 90(1), 74-89. DOI: 10.1016/j.pbb.2008.01.001.
- Liebrenz, M., Schneider, M., Buadze, A., Gehring, M.T., Dube, A., & Caflisch, C. (2016). Attitudes towards a maintenance (-agonist) treatment approach in high-dose benzodiazepine-dependent patients: a qualitative study. *Harm Reduction Journal*, 13(1), 1-10. DOI 10.1186/s12954-015-0090-x
- Longo, L.P. & Johnson, B. (2000). Addiction: Part I. Benzodiazepines - side effects, abuse risk and alternatives. *American Family Physician*, 61(7), 2121-2128.
- Lopes, R., Yaphe, J., & Ribas, M.J. (2014). Prescrição de psicofármacos nos cuidados de saúde primários no Porto: estudo transversal. *Revista Portuguesa de Medicina*

Geral e Familiar, 30(6), 368-376. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v30n6/v30n6a05.pdf>

Manthey, L., Lohbeck, M., Giltay, E.J., van Veena, T., Zitman, F.G. & Penninx, B.W.J.H. (2012). Correlates of benzodiazepine dependence in the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *Addiction*, 107(12), 2173-2182. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2012.03975.x.

Maremmani, A.G.I., Rovai, L., Rugani, F., Bacciardi, S., Pacini, M., Dell’Osso, L., et al. (2013). Clonazepam as Agonist Substitution Treatment for Benzodiazepine Dependence: A Case Report. *Case Reports in Psychiatry*, Article ID 367594, 1-4. DOI:10.1155/2013/367594

Mathew, S.J., Price, R.B., & Charney, D.S. (2008). Recent advances in the neurobiology of anxiety disorders: Implications for novel therapeutics. *American Journal of Medical Genetics*, 148C(2), 89-98. DOI: 10.1002/ajmg.c.30172.

Matos, M. A., (1999). Análise Funcional Comportamento. *Estudos de Psicologia*, v. 16, n. 3., p. 8 – 18. Campinas.

Miranda, J. A. (2000). Benzodiazepinas: usos e abusos. *Rev Port Clin Geral* 2000;16:355-7.

Monteiro-Ferreira, J. (2014). Suicídio e perturbações da ansiedade: qual é o risco? Em C.B. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Eds), *Suicídio e comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica* (pp.327-336). Lisboa: Lidel – Edições técnicas, lda.

Moriana, J.A., Gálvez-Lara, M., & Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review* 54, 29-43. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.03.008.

Neufeld, C.B. & Rangé, B. P. (2017). *Terapia cognitivo-comportamental em grupos: das evidências à prática*. Porto Alegre: Artmed.

- Newman, M.G. & Llera, S.J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 371-382. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.01.008.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS; 2016). *Saúde - Procuram-se novos caminhos. Relatório de Primavera 2016*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Ohayon, M. M. & Lader, M. H. (2002). Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(9), 817–825.
- Ouzir, M. & Errami, M. (2016). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 148, 59-68. DOI: 10.1016/j.pbb.2016.06.005
- Pagliari, L.A. & Pagliaro, A. M. (1998). *The pharmacologic basis of psychotherapeutics: An introduction for psychologists*. New York: Brunner/Mazel.
- Paulino, M. & Godinho, J. (2005). Perturbações da ansiedade. Em J.C. Cordeiro (Ed.), *Manual de psiquiatria clínica*. (3ª ed, pp. 445-486). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pires, C.M.L. (2003). *E quando o Rei vai nú: os problemas e as vítimas das drogas psiquiátricas*. Leiria: Editorial Diferença.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Towards a Systematic Eclectic Framework.*, Homewood, IL, USA: Dow Jones Irwin.
- Punset, E. (2008). *A alma está no cérebro: uma radiografia da máquina de pensar*. Lisboa: Dom Quixote.
- Quaglio, G., Pattaro, C., Gerra, G., Mathewson, S., Verbanck, P., Des Jarlais, D. C., & Lugoboni, F. (2012). High dose benzodiazepine dependence: description of 29

patients treated with flumazenil infusion and stabilised with clonazepam. *Psychiatry Research*, 198(3), 457-62. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.02.008.

Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 251-262. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.01.005.

Rickels K, & Freeman E (2000). Prior benzodiazepine exposure and benzodiazepine treatment outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 409-413.

Rosas-Gutiérrez, I., Simón-Arceo, K., & Mercado, F. (2013). Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiazepinas, *Salud Mental*, 36(4), 325-329. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2013.039

Salzman, C. (1998). Addiction to benzodiazepines. *Psychiatric Quarterly*, 69(4), 251-261. DOI: 10.1023/A:1022125929946

Santos, J. (2000). *Educação Emocional na Escola: A Emoção na Sala de Aulas*. Bahia: Faculdade Castro Alves

Schwabe, L., Dickinson, A. & Wolf, O. (2011). Stress, Habits, and Drug Addiction: A Psychoneuroendocrinological Perspective. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 19(1), 53–63. doi: 10.1037/a0022212

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD; 2015). *Relatório Anual a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências 2014*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Smith, D. (2012). The Process Addictions and the New ASAM Definition of Addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(1), 1-4. doi: 10.1080/02791072.2012.662105

Spielberger, C.D. (2010). State-Trait Anxiety Inventory. *Corsini Encyclopedia of Psychology*. DOI: 10.1002/9780470479216.corpsy0943

- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. DOI:10.1001/archinte.166.10.1092
- Stallard, P. (2004). *Bons Pensamentos - Bons Sentimentos: Manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Stallard, P. (2004). *Bons Pensamentos Bons Sentimentos. Manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Atrmed.
- Stamateas, B. (2011). *Emoções Tóxicas: Como sarar o dano emocional e ser livre para ter paz interior*. Carnaxide: SmartBook
- Tam, C., & Foo, Y. (2012). Contributory Factors of Drug Abuse and the Accessibility of Drugs. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4(9), 1621-1625. Retrieved from <http://www.iomcworld.com/ijcrimph/files/v04-n09-02.pdf>
- Tan, K. R., Rudolph, U., & Lüscher, C. (2011). Hooked on benzodiazepines: GABAA receptor subtypes and addiction. *Trends in Neurosciences*, 34 (4), 188-197. DOI: 10.1016/j.tins.2011.01.004
- Tan, K.R., Brown, M., Labouèbe, G., Yvon, C., Creton, C., Fritschy, J.M., Rudolph, U., & Lüscher, C. (2010). Neural bases for addictive properties of benzodiazepines. *Nature*, 463(7282), 769-774. DOI: 10.1038/nature08758.
- Voyer, P., Préville, M., Martin, L.S., Roussel, M.E., Béland, S.G., & Berbiche, D. (2011). Factors Associated with Self-Rated Benzodiazepine Addiction among Community-Dwelling Seniors. *Journal of Addictions Nursing*, 22(1-2), 46-56. DOI: 10.3109/10884602.2010.545087
- Weissberg, V. (2012). *100 perguntas e respostas sobre álcool, drogas e tabaco*. Lisboa: Factor.
- Westra, H.A., Constantino, M.J., Arkowitz, H., & Dozois, D.J.A. (2011). Therapist differences in cognitive-behavioral psychotherapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Psychotherapy*, 48(3), 283-292. DOI: 10.1037/a0022011

- Wise, R. A. (2002). Brain Reward Circuitry: Insights from Unsensed Incentives. *Neuron*, 36 (2), 229–240. DOI: 10.1016/S0896-6273(02)00965-0
- Wong, C., Mill, J. & Fernandes, C. (2011). Drugs and addiction: an introduction to epigenetics. *Society for the study of addiction*, 106(3), 480-489. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03321.x.
- World Health Organization (WHO, 2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - 10th Revision (ICD-10)*. Retirado em 8 de agosto de 2016, através do ICD-10 Online Version, <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F10-F19>.
- World Health Organization (WHO, 2017). *Depression and other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.
- Yin, R. (2005). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- 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. *British Journal General Practice*, 52(483), 805-808.
- Zandstra, S.M., van Rijswijk, E., Rijndersa, C., van de Lisdonk, E.H., Bor, J.H.J., van Weel, C., et al. (2004). Long-term benzodiazepine users in family practice: differences from short-term users in mental health, coping behavior and psychological characteristics. *Family Practice*, 21(3), 266-269. DOI: 10.1093/fampra/cmh309.

Anexos

Anexo I. Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A temática do presente estudo qualitativo tem o título “Dependência de Benzodiazepinas ou um elefante no meio da sala – Estudo de caso”, tendo como objetivo global promover a compreensão de um comportamento aditivo sustentado no uso de substâncias prescritas (ansiolíticos) que constitui uma área investigação crescente. .

Eu, abaixo-assinado compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/_____/2017

Assinatura *do* *participante* *no* *projeto:*

O Investigador responsável:

Nome: Maria Sofia Sant’ Anna Gandra Leite D’ Almeida de Araújo Pinto

Assinatura:

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Anexo II. História Clínica

História clínica:

1. Queixa principal

2. História da doença atual

3. História prévia
 - Antecedentes psiquiátricos
 - Antecedentes pessoais e personalidade prévia

4. História familiar

5. História social

6. História médica geral

7. Exame mental

Anexo III. Entrevista Semi-Estruturada

Entrevista Semi – Estruturada

- 1- Como se inicia a sua história de consumo de benzodiazepinas? (há quanto tempo, associada a que situações, eventuais diagnósticos...)
- 2- Durante este período de tempo alguma vez tentou suspender ou diminuir a toma das benzodiazepinas? (tratamentos, ajudas que teve..)
- 3- Como foi todo o processo de tomada de consciência da dependência as benzodiazepinas? (quando percebeu este problema, que sintomas teve...)
- 4- Quais as maiores dificuldades físicas e psicológicas que tem tido em todo o percurso feito até agora?
- 5- Em sua opinião, qual é o impacto desta medicação na sua vida diária? (rotinas, limitações...)
- 6- No âmbito dos serviços de saúde como tem sido a sua experiência quanto à resposta a esta adição/dependência?
- 7- Atualmente, quais são as suas expectativas quanto à resolução deste problema?
- 8- E qual o seu maior receio, uma vez que este processo ainda está em curso

Dependência de Benzodiazepinas ou um elefante no meio da sala – Estudo de Caso

Anexo V. Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Das conhecimentos à
altura e Orientadora(a).>

Gomes
04/07/2017

Exma. Senhora
Prof. Doutora Inês Gomes
Diretora da FCHS

Porto, 03 de Julho de 2017

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de reapreciado o projeto de dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, de Maria Sofia Sant'Anna Gandra Leite D'Almeida de Araújo Pinto, intitulado "Dependência de Benzodiazepinas ou um elefante no meio da sala – Estudo de caso", objeto de um primeiro parecer datado de 5 de Junho, não tem nada a opor ao mesmo, dado que as questões colocadas pela CE foram esclarecidas.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Teresa Martinho Toldy



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

MPC 502 057 602 - Reg. Comercial n.º 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

REITORIA • [Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] • [Faculdade de Ciência e Tecnologia] Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto-Portugal • T +351 22 507 1300 • F +351 22 550 8269 • geral@ufp.pt
[Faculdade de Ciências da Saúde] • [Escola Superior de Saúde] R. Carlos Da Maia, 296 • 4200-150 Porto - Portugal • T +351 22 507 4630 • F +351 22 507 4637 • R. Delírio Maia, 334 • 4200-253 Porto - Portugal
T +351 22 509 6371 • geral.saudef@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida • R. Conde de Bertiandos • 4990-078 Ponte de Lima Portugal • T +351 258 741 026 • F +351 258 741 412 • geral.plima@ufp.pt