

Análisis sobre la prescripción de benzodiazepinas por médicos de familia en una muestra en Río de Janeiro

Analysis of the prescription of benzodiazepines by family physicians in a sample in Rio de Janeiro

Marina Valle¹, Rafaela Zorzanelli²

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i159.364>

Resumen

Este estudio cualitativo investigó los determinantes que pesan sobre la decisión de la prescripción de benzodiazepinas por médicos de familia, en el contexto de la atención primaria del municipio de Río de Janeiro. Con el fin de elaborar un análisis sobre cómo la prescripción es negociada entre médico y usuario, se reclutaron 12 médicos de familia de inserción en la estrategia salud de la familia. Los candidatos convocados aceptaron firmando el formulario de consentimiento informado y respondieron un cuestionario semiestructurado, que fue grabado y transcrito para su análisis, en el período de agosto a diciembre de 2017. El cuestionario abordó la percepción del médico sobre el uso de benzodiazepinas y las alternativas al mismo. Los entrevistados relataron predominio de prescripción de repetición, preocupación por la optimización y reducción de la dosis, cuando era posible. Se evidenció como motivo de uso: ansiedad, insomnio y síntomas depresivos. Quejas somáticas, dolor crónico, hipertensión arterial y dependencia se encontraron como motivos relacionados. La mayoría de los médicos propuso la alianza terapéutica como mecanismo para ofrecer alternativas que permitieran reducir el uso crónico de benzodiazepinas, a pesar de esta intervención alcanzar una baja tasa de éxito. Por tanto, los médicos entrevistados mostraron un compromiso con el uso racional y preocupación con el uso indiscriminado. La longitudinalidad en el cuidado se evidenció como principio directriz. El análisis de los efectos atribuidos a las BZD, como se devela en este dispositivo, promueve una discusión sobre el lugar de los medicamentos en la cultura y sus consecuencias en el abordaje del sufrimiento psíquico y mental.

Palabras clave: Benzodiazepinas - Atención primaria - Médicos de familia - Prescripción - Antropología del medicamento.

Abstract

This qualitative study researched the determinants influencing family physician's decision on benzodiazepine prescription in a primary care setting, in the city of Rio de Janeiro. An analysis was sought to be elaborated, on how the prescription is negotiated between physician and user. Twelve general practitioners settled in primary care were recruited, gave acceptance signing free and informed consent form, responding to a semi-structured questionnaire that was recorded and transcribed verbatim for analysis, from August to December 2017. The questionnaire addressed physicians' perception of complaints in benzodiazepines users, and alternatives offered instead of medicines. Anxiety and insomnia were cited as the most frequent reasons for use. There was also mention of nonspecific somatic complaints, chronic pain, arterial hypertension, and dependence. Most physicians proposed the therapeutic alliance as a mechanism for

RECIBIDO 29/8/2022 - ACEPTADO 21/10/2022

¹Maestría en Salud Colectiva. Médica psiquiatra del Núcleo de Atención a la Salud de la Familia del área programática 3.2. Rio de Janeiro, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3284-4596>

²Doutorado em Saúde Coletiva. Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva "Hésio Cordeiro". Universidade do Estado do Rio de Janeiro. <https://orcid.org/0000-0001-5964-9638>

Autora correspondiente:

Marina Valle

marinaavalle@gmail.com



offering alternatives to reduce the chronic use of benzodiazepines, despite this intervention achieving a low success rate. Longitudinal care was evidenced as a guiding principle. The analysis of the meanings attributed to BZD, as unveiled in this work, promotes a discussion about the place of medication in culture and its consequences in the approach to psychological and mental suffering.

Keywords: Benzodiazepines - Primary attention - General practitioners - Prescription - Anthropology of medicines.

Introducción

Esta investigación surgió a partir de la observación de la implementación de técnicas de deshabitación de benzodiazepinas (BZD) por los médicos de familia, testimoniadas en el trabajo compartido con los equipos de salud de la familia, en el municipio de Río de Janeiro. Caracteriza a este distrito una ampliación en el acceso a la atención primaria en el período 2008-2016 (Soranz et al., 2016), que trajo disponibilidad de psicofármacos en toda la red, entre otros cambios. La consulta médica para obtención de una receta de BZD (requisito obligatorio según la legislación brasileña), que era con el especialista, pasa a manos del médico de familia. El psiquiatra sale del consultorio del especialista y asume su función en colaboración con los equipos de salud de la familia, participando en consultas conjuntas y reuniones en el territorio, según el modelo de apoyo matricial (Campos, 1999; Fortes et al., 2014). El empleo de estrategias de discontinuación de BZD (Ashton, 2002), observado durante el trabajo compartido, se muestra como un campo privilegiado para investigar cómo entran en juego los efectos atribuidos al medicamento, por parte de médico y usuario. Esta investigación propone crear acciones de información, comunicación y educación en salud relacionadas al uso de BZD, pensadas inicialmente para el municipio de Río de Janeiro, pero aplicables a otros contextos.

El grupo farmacológico de las BZD se caracteriza por tratarse de medicamentos de gran utilidad en el corto plazo, ventaja que se traduce en el uso creciente desde su lanzamiento. El foco de esta investigación está centrado en el encuentro entre médico y paciente para la prescripción de BZD. Según el informe para uso racional de la Organización Mundial de Salud (OMS), más del 80% de las consultas que originaron la prescripción de BZD fueron de repetición, donde dos de tres prescripciones corresponden a uso en el largo plazo. El uso de BZD en mujeres es el doble que en hombres, y aumenta con la edad en ambos sexos. Los médicos generalistas son prescriptores de alrededor del 80% del volumen de BZD utilizado (WHO, 1996). El uso, originalmente puntual, se transforma en cró-

nico, fenómeno denominado como “entrada en el engranaje” por Neutel y Maxwell (1996), más frecuente a mayor edad de inicio del uso.

El peso de la entrada en el engranaje suele recaer sobre el prescriptor, aunque forme parte de un ensamble mayor. La influencia de “episodios índice” –productores de malestar relacionados con la prescripción– y cómo repercute sobre la forma de decidir la prescripción fue discutida por Bradley (1992). Greenalgh y Gill (1997) señalan que los pacientes que esperan una prescripción son los que tendrán mayor probabilidad de recibirla. Esta demanda se traduce en “presión para prescribir” sobre el médico. Lewis y Tully (2011) se refieren a la capitulación de los profesionales localizados en la emergencia, que se encuentran con el usuario en una situación puntual, de intenso compromiso funcional, siendo presionados para realizar una prescripción de BZD sin base en evidencias.

Este trabajo no busca encontrar particularidades entre la forma de prescribir de psiquiatras y médicos de familia (MF), sino que aprovecha la corresponsabilidad del trabajo compartido entre estas dos especialidades para dejar en evidencia la distancia entre los motivos de la prescripción para el médico y el usuario. El ahínco con el cual los MF colocan las estrategias de deshabitación de BZD en práctica no forma parte de la pauta del trabajo compartido. Este está, más bien, relacionado con la preocupación por los riesgos del uso de BZD a largo plazo, y se encuentra con una gran resistencia de parte de los usuarios. La forma como se entrelazan los conceptos sobre el valor del medicamento en el saber lego y el profesional, atraviesan el espacio de la consulta. Este trabajo busca dejar esos entrelazamientos en evidencia.

Materiales y método

El trabajo completo que da lugar al presente artículo se encuentra disponible para consulta (Valle, 2018). El mismo constituye un brazo de la investigación sobre actores clave en el uso de BZD, que incluye usuarios y prescriptores de BZD en Brasil (Zorzanelli, 2017). Para su realización se reclutaron MF (*ver Tabla 1*) con

inserción en unidades de atención primaria del municipio de Río de Janeiro. El cuestionario (*ver Figura 1*) y el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) se incluyeron dentro del proyecto de investigación, que fue enviado y aceptado por la plataforma Brasil. El reclutamiento de los médicos participantes se realizó mediante la técnica de bola de nieve. Los candidatos fueron invitados a participar de la entrevista por e-mail, SMS o personalmente, siendo contactados para agendar entrevista, una vez demostrado su interés. Se verificó adhesión de todos los candidatos invitados, que respondieron con llamativo entusiasmo, de forma contraria a lo que ocurrió en el brazo anterior de la investigación, dedicada al estudio de usuarios de clonazepam (Marca, 2016). El reclutamiento, las entrevistas, su grabación, transcripción y traducción al español, fueron realizados por la primera autora. El levantamiento bibliográfico, la elaboración del cuestionario y el TCLI, y el análisis del material fueron realizados en conjunto con la investigadora responsable del proyecto (segunda autora).

Figura 1.

APÉNDICE C – Hoja de ruta simplificada

1. En primer lugar, cuénteme sobre su formación y qué lo llevó a la medicina familiar.
2. Las quejas por sufrimiento físico y psíquico (irritación, insomnio, ansiedad, etc.) son comunes en las consultas médicas. ¿Considera estas quejas frecuentes en su trabajo y el de sus colegas?
3. ¿Qué tipo de orientación reciben estas quejas?
4. ¿Cuál sería el perfil de quejas que percibe en el usuario de benzodiazepinas?
5. ¿Qué es más frecuente?:
 - El usuario que viene a repetir la prescripción y seguir usando BZDs.
 - El usuario que llega para ser evaluado y empezar a usar bajo su tratamiento.
6. Cuando el usuario lleva más de un año de uso de BZD, ¿cuáles son las especialidades que dieron lugar a esta prescripción?
7. ¿Cómo evalúa esa prescripción?
8. ¿Los usuarios a los que atiende utilizan BZD como droga principal o como adyuvante de otras drogas psicotrópicas?
9. ¿Los usuarios de BZD que atiende llegan con o sin diagnóstico DSM?
10. En los usuarios antiguos, ¿ve la expectativa de seguir obteniendo la receta? ¿Hay apertura para otros tratamientos o incluso para reducir o suspender el uso?
11. Basado en su experiencia, ¿tiene una opinión sobre el uso a largo plazo de BZD?
12. Dado que los usuarios crónicos dependen de la prescripción para obtener sus BZD, ¿a qué estrategias recurren para adquirir la receta?
13. ¿Percibe situaciones en las que siente menos libertad para proponer otras?
14. ¿Cree que el uso de BZD puede perjudicar al paciente?
15. ¿Implementa estrategias de discontinuación en su práctica clínica?
16. ¿Qué apoyo encuentra en los textos al respecto?
17. ¿Qué apoyo encuentra para los usuarios en la ESF/NASF?
18. El tema del uso de BZD, su uso abusivo y/o desmame están en la agenda de las discusiones de equipo, y/o en las reuniones de matriciamiento con las que ya tuvo contacto?

El interés de este estudio fue presentado a los participantes como sustentado por dos motivos principales: la brecha entre las expectativas del paciente y las del médico a la hora de prescribir (Britten & Ukoumunne, 1996; Greenalgh & Gill, 1997; Cockburn & Pitt, 1996) y la verificación de la implementación de estrategias de retirada de los BZD en la práctica de la entrevistadora. Los candidatos firmaron dos copias del TCLI aceptando su participación en la entrevista, que fue grabada y transcrita en forma íntegra para su análisis. El cuestionario fue elaborado buscando indagar: la presencia de prescripción de repetición, la prevalencia de síntomas aislados, quejas somáticas y/o diagnósticos psiquiátricos entre los usuarios, experiencia de discontinuación de BZD, estrategias no farmacológicas de enfrentamiento de los síntomas, dilemas, descontento y presión experimentados en la consulta. Las entrevistas tuvieron lugar de agosto a diciembre de 2017.

Algunos datos sociodemográficos:

Años de edad: _____ Género: M F
 Tipo de relación laboral: Estudiante Autónomo Ama de casa Trabajador con contrato laboral
 Empleado público Jubilado
 ¿Cuántas horas trabaja a la semana? _____
 Renta personal (por segmentos): Hasta R\$ 5.000 R\$ 5.000 a 10.000 R\$ 10.000 a R\$ 20.000 R\$ 20.000 a 25.000
 Superior a R\$ 25.000
 Renta de su familia: R\$ _____ ¿Cuántas personas viven en su casa? _____
 Barrio: _____ Municipio: _____ Ciudad: _____
 Nivel de estudios (esta parte se puede completar en base a la primera pregunta de la guía)
 Posgrado: _____ Área: _____
 Otros (cursos de formación, residencias): _____
 Maestría: _____ Área: _____
 Doctorado: _____ Área: _____
 ¡Muchas gracias por su colaboración!

Caracterización de la muestra

Se entrevistaron doce profesionales, once que desempeñaban funciones en unidades de salud y una en un consultorio itinerante. Tanto esas unidades de salud como los profesionales desempeñan sus funciones con financiamiento del sistema único de salud (SUS) brasileño. Dos entrevistadas no se encontraban en ejercicio profesional al momento de la entrevista, una de ellas por jubilación reciente y la otra de licencia por maternidad. Otras características demográficas de la muestra están detalladas en la tabla 1.

Resultados

Los entrevistados revelaron interés en la medicina de familia, en función del compromiso con la producción de salud, en forma general. Hubo menciones a la salud pública (E01; E11), determinantes sociales de la enfermedad (E05; E06), y al concepto ampliado de salud (E06) al referirse a esta elección. La mayor parte de los entrevistados concordó en una mejor capacidad de trabajo a partir de la visión ampliada, destacando la relación médico-usuario (E08) y la dimensión subjetiva de la práctica (E06). Una gran parte de los médicos

Tabla 1. Características demográficas de la muestra

	Sexo	Edad	Universidad	Año de graduación	Ingreso*	Vínculo laboral	Formación en Medicina de Familia
E01	F	61	Privada	1980	<5 SM	Jubilado/a	Especialización
E02	F	32	Pública	2011	<5 SM	Lic. maternidad	Residencia/Master
E03	F	28	Pública	2013	10 a 20 SM	Contratado/a	Especialización
E04	M	33	Privada	2012	5 a 10 SM	Contratado/a	Residencia
E05	F	26	Pública	2015	<5 SM	Becario/a	Residencia en curso
E06	F	30	Pública	2015	5 a 10 SM	Becario/a	Residencia en curso
E07	F	28	Pública	2015	5 a 10 SM	Becario/a	Residencia en curso
E08	M	25	Privada	2016	10 a 20 SM	Becario/a	Residencia en curso
E09	F	26	Pública	2015	10 a 20 SM	Becario/a	Residencia en curso
E10	F	37	Pública	2003	10 a 20 SM	Contratado/a	Residencia
E11	M	29	Pública	2012	10 a 20 SM	Contratado/a	Residencia
E12	F	55	Pública	1988	10 a 20 SM	Contratado/a	Especialización

*en salarios mínimos (SM corresponde a R\$954 en el año 2017).

relató que la BZD es usada como fármaco principal (no hacen uso de otros psicofármacos), con predominio de indicación para síntomas puntuales. Todos los participantes creen en el efecto benéfico de los BZD cuando son utilizadas de forma puntual. En cuanto a los riesgos, las manifestaciones fueron variadas, con mención a caídas (E02; E05; E09; E11), demencia (E04; E05; E08; E09; E11) y dependencia (E01; E02; E04; E05; E07; E08; E11). Todos los médicos entrevistados perciben las quejas relacionadas al sufrimiento psíquico y mental como altamente frecuentes en las consultas de salud de la familia. Once de los doce prescriptores manifestaron que la renovación de la receta es más frecuente que la prescripción "de inicio" (E11). Un único médico colocó como observación que, dependiendo del territorio, algunos equipos tenían poblaciones con altísima prevalencia de consultas de primera vez, sin demanda de repetición aún. Estos hallazgos se encuentran de acuerdo con el informe para el uso racional de BZD de la OMS (WHO, 1996).

Sobre el prescriptor que dio origen a la primera receta de BZD, la mayor parte de los médicos refieren que los especialistas son los que más prescriben BZD (E02; E03; E04; E05; E06; E08; E09; E11; E12). Los trabajadores de áreas próximas al hospital psiquiátrico, o que reciben egresos de ambulatorios de salud mental, creen que la prescripción proveniente de psiquiatras es muy frecuente (E01; E10). Uno de los entrevistados mencionó la prescripción de autoría de los clínicos generalistas (E07). Entre los especialistas mencionados, además de los psiquiatras, fueron citados cardiólogos (E02; E03; E04) y los médicos que atienden en servicios de emergencias (E05).

De forma general, los entrevistados manifestaron que el porcentaje de usuarios que solicita (espontáneamente) suspensión o reducción es mínimo, y pocos aceptan considerar la propuesta de retirada del médico. Once médicos manifestaron que se sentían en condiciones de proponer estrategias de discontinuación.

Todos los entrevistados mencionaron el trabajo en colaboración con el núcleo de apoyo a la salud de la familia (NASF), como eje principal del dispositivo de apoyo matricial. Apareció una divergencia en cuanto a si el NASF cumple o no su misión. Una parte de los entrevistados cuenta con el NASF como dispositivo colaborador fundamental en la continuidad del cuidado (E02; E03; E04; E05; E06; E07; E10; E11). Otros se quejaron de los equipos NASF por estar poco presentes (E07; E08; E09), debido a problemas en el tejido del trabajo conjunto entre NASF y los equipos de

salud de la familia (E01), colaboradores que median más que los médicos de familia consultantes (E10) y falta de apoyo en los casos no graves (E12).

Análisis de los resultados

De acuerdo con el análisis de los datos surgidos de las entrevistas, se optó por la organización de los fragmentos recabados en cuatro ejes: sobre la presión por la prescripción, criterios para evaluación del uso, alternativas a la renovación automática y el medicamento como talismán.

Sobre la presión por la prescripción

La presión se manifestó como afecto incómodo experimentado por los profesionales en el momento de decidir la renovación de la prescripción. Así fue relatado:

E01: "Ahí, no hay diálogo. Él está allí, y yo soy el mostrador de recetas"; "si le negás la receta, sos un monstruo"; "me siento obligada".

E02: "Hay pacientes con los que tenés una buena relación, la relación se termina cuando les decís que vas a... hay gente que se queja, llama para denunciar, reclama...".

E05: "Cuando se presenta un paciente que nunca vi en la vida, que no tiene nada en la historia clínica, soy bien clara. Digo: no voy a renovar. Tiemblo, el corazón se acelera porque los pacientes se ponen nerviosos. La gente se pone nerviosa...".

E06: "Es muy difícil cuando llega un paciente, no lo conocés o en la historia no dice nada sobre él y quiere una renovación. Si no le das una receta, te pega. En ese nivel, así... difícil".

E09: "Ya llega haciendo revuelo en el pasillo, revuelo en la recepción. Ya viene nervioso porque se pone nervioso sin medicación. Y ahí, ya se genera ese clima (tenso)... en fin, él ya va a ver cómo hace para lograr esa medicación de alguna forma".

Algunos relatos evidencian una presión más sutil:

E02: "Ellos no quieren, por ejemplo, una receta sellada con fecha. "No le pongas fecha, poné dos comprimidos por día". "Si ponés un comprimido a la noche, piden que pongas dos".

E05: "Generalmente lo dejan para el final de la consulta, y depende del caso, ¿no? Lo dejan para el final, la demanda oculta, que es aquello de lo que, de hecho, quieren hablar".

Los fragmentos a seguir reflejan la presión en relación al sentimiento de vaciamiento de la consulta a partir de la demanda de receta de BZD:

E04: "A veces conversamos entre nosotros, y parece

que estamos haciendo el trabajo de narcotraficantes. Que es solo prescribir una medicación, solo dar un remedio, sin de hecho hacer la consulta, sin abordar".

E07: "Yo me siento un poco manipulado, a veces, cuando un paciente llega a la unidad para renovar su prescripción de benzodiazepina".

En el próximo párrafo aparece la presión del usuario junto con la presión del contexto de trabajo cotidiano: "Pero cuando estoy en el consultorio, atrasado, con mucha gente esperando y los pacientes tirándome todo encima, pienso: flaco, voy a darte un dulce ya" (E11).

Junto con la capitulación (Lewis & Tully, 2011), los profesionales manifiestan perder sus argumentos contra la prescripción empírica por las exigencias a las cuales están sometidos. A modo de síntesis, E12 denuncia: "Me parece totalmente errado, pero ¿qué tenemos para ofrecer?".

E04 da un ejemplo de cómo experimenta la presión cuando la BZD se establece como fin (y no como medio) de la consulta: "Se crea la expectativa de que el remedio es la solución de los problemas. Eso reverbera en otras cosas. Llega aquí con la presión alta y quiere un remedio para la presión. No piensa en modificar el estilo de vida, disminuir la sal en la dieta, hacer actividad física, perder peso. Quiere un remedio. Porque viene con ese bagaje de qué es un remedio".

Criterios de evaluación del uso

A partir del malestar por la prescripción de repetición, los médicos se proponen indagar sobre los motivos de uso para evaluar la adecuación de la dosis. Con los usuarios que no estaban en uso de BZD, la actitud frente a las quejas de ansiedad e insomnio (motivos de uso clásicos) fue ofrecer escucha y alternativas no farmacológicas:

E07: "Entonces, yo estoy acostumbrado a inducir a esas personas a que ellas mismas identifiquen actividades donde puedan relajarse. Sea la lectura de un libro, escuchar música, caminar por la playa".

E05: "Creo que escuchar. Tener una actitud empática. Siempre trato de trabajar con *insight*. Que la propia persona lleve a un plano superior ese proceso que está viviendo. Tratamos de construir autonomía, para que pueda vivir con eso en su contexto".

E03: "Yo, particularmente, oriento higiene del sueño, no tomar café, evitar alimentos que dificultan el sueño. Indico Passiflora, medicamentos naturales. Converso con el paciente para iniciar una psicoterapia primero, antes de comenzar con una medicación".

E12: "Cuando veo que están queriendo llorar, sacar

para afuera. Listo. Se desarma, y acomoda todo. Veo que muchas veces esa angustia se transforma en agresividad contra una institución, un médico. Ahí, provocho al paciente, llora y termina. Sale un ángel de mi consultorio".

Cuando se trata de pacientes que están en uso de BZD, se observó intención de estrechar la relación médico-paciente para indagar sobre el motivo de uso, conforme los siguientes relatos:

E04: "El intento de formar un vínculo va a ser mi principal estrategia para disminuir dosis".

E02: "Hoy en día, renuevo con la intención de comenzar una deshabitación más adelante, más que dar por primera vez".

E05: "En realidad, el intento es formar un vínculo. Va a ser mi principal estrategia para disminuir la BZD y hasta para evaluar mejor si de hecho esa BZD está indicada".

Se evidencia una preocupación por profundizar la comprensión de la queja, para que el usuario pueda colocarse en otra posición respecto de la misma: "Gran parte de lo que hacemos con relación a esos síntomas es hacer que el paciente haga un *insight* sobre la percepción de esos sentimientos que tiene" (E04). Ese abordaje resulta similar al de E05, cuando menciona escuchar la queja para que sea llevada a un plano superior, y así, construir autonomía. La misma médica amplía su estrategia, más adelante: "En realidad, todas las veces que esas recetas llegan a mí para que las renueve, lo hago con la intención de entender qué relación las personas establecen con el uso de la medicación, siempre explicando los riesgos" (E05).

Se observó que los médicos abordan el motivo de uso con cierta desconfianza sobre el motivo que originó la primera indicación: "Para mí, ellos se autoevalúan. O algún médico llegó y dijo que era depresión. Pero no es algo cerrado, siguiendo los criterios" (E09). Otro ejemplo: "Yo siempre renuevo las recetas. Y la gente cuando viene a pedir, es medicación. Es siempre con ese discurso: 'ya tomo hace 20 años'; 'ya tomo hace 10 años' y siempre es una historia confusa, nunca entendés porqué la toma" (E06).

El uso crónico, en un contexto de repetición automática de la receta, no facilita llegar a esa información: "Los que vienen derivados de cardiología, dermatología... muchos no tienen diagnóstico. El diagnóstico generalmente lo hacemos acá. Muchos ya hacen uso hace años y sin diagnóstico" (E02).

Los profesionales entrevistados evidenciaron preocupación por el uso de BZD que enmascara un cuadro

psiquiátrico o clínico no tratado, o un cuadro psiquiátrico secundario a dolor crónico, que se revela a partir de estrechar el vínculo. Conforme relato de E02: "Lo más frecuente es llegar con contexto de cuadro psiquiátrico que no es diagnosticado y es tratado por otro especialista nada-que-ver-con-eso, porque el señor tiene un dolor articular, y le hacen diagnóstico de fibromialgia, y ahí, hace el tratamiento con BZD, pero no tratando el contexto del dolor somático sino del dolor físico". E03 relata un ejemplo similar: "Yo tengo un caso de psoriasis. Y por el hecho de que la paciente es muy ansiosa, no controla la psoriasis y el dermatólogo prescribió la BZD". E03 relata el caso de una usuaria en la cual percibe dependencia, donde la dificultad para la discontinuación ofrece otra dimensión del problema al profesional tratante: "Actualmente tengo una paciente que estaba tomando 2mg de mañana y 2mg de noche. No disminuye, no puede. Hace todo al contrario, dice que se siente mal. Cuando decimos que (el tratamiento) está haciendo algún efecto, no puede salir a la calle. Puede haber una depresión ahí, pero por el uso de BZD, ya se tornó dependiente".

De forma análoga, E02 apunta a cierta manipulación en algunos casos: "La gran mayoría no quiere parar, sabotea los intentos, te dicen que no va a funcionar. El grado de dependencia es tan grande que acaban boicoteándose...".

El motivo de uso no siempre es identificado, como se verifica en los siguientes párrafos: "Entiendo que tal vez alguien no escuchó de qué se trataba, solo pasó un remedio. Y a la persona le gusta, ¡claro! Le gusta y quiere seguir" (E06). También: "Es complicado porque él sabe que funciona. Sabe que si está resfriado, y pide una dipirona, o un ibuprofeno, funciona. Entonces, ya pasó por esa experiencia muchas veces, o porque tomó por cuenta propia o porque fue prescripto" (E011).

Los entrevistados también perciben que el lugar del medicamento precisa mantenerse para que el paciente tenga acceso al tratamiento:

E02: "Ya me pasó de tener un paciente que usa mal la BZD, que tiene otras comorbilidades, graves también. Y yo pensar que era una dosis alta, y tratar de retirar. Pensar en eso mucho tiempo, tratar de construir un vínculo, de más seguridad de él conmigo y pensar. Eso ya me pasó. ¡No me siento culpable por dejar una dosis alta por un tiempo, si ya estubo por tanto tiempo! Se puede esperar un poquito, porque eso comprometería otras cuestiones".

Alternativas a la renovación automática

El medicamento tiene importancia crucial para todos los entrevistados, expresado en la frase "sabemos que

el remedio es un punto en el cuidado" (E06). Ese sentido aparece en todas las entrevistas, y las alternativas no son al medicamento sino a su renovación automática. Eso puede implicar una reducción, sustitución o inclusión de otro dispositivo (mencionado como "dispositivo ansiolítico" por E12). De acuerdo con la desenvolvura de cada uno para escuchar e intervenir, algunos médicos relatan cómo se autorizan en esa función: "Somos de la atención primaria, queremos ofrecer un cuidado integral, abordar cuestiones familiares, de comunidad, sociales y del trabajo" (E06).

E07 relata que cuenta con el apoyo de la psicoterapia para que sus propias intervenciones ganen valor: "Usan la BZD y hacen terapia comportamental. Y así, yo logro que en el próximo encuentro lo que digo tenga más fuerza".

E08 mencionó auriculoterapia, y E11 prácticas complementarias, como herramientas auxiliares del médico de familia, empleadas como alternativas para alojar las quejas somáticas y difusas.

Otra herramienta a la cual algunos médicos recurren es vigilar el tiempo de uso: "Hago planilla, veo cuándo empezó a usar para ver cuándo tengo que deshabituarse" (E03); o el monitoreo en conjunto con la farmacia: "Tenemos un movimiento como equipo, identificar esos pacientes que usan con la farmacia, y que vuelvan a consulta, para ver cómo está ese uso, ver cómo está esa medicación en la vida de esa persona" (E06).

En los siguientes dichos, E12 observa que la discontinuación no se justifica en el contexto clínico de algunos casos: "Voy a ser sincera, tomo una paciente de 80 u 85 años de edad, que usa BZD hace 50 años, y dudo mucho sobre cuál será el beneficio de una suspensión en ese momento. Sería una deshabituación que duraría un año o dos, a veces con varias recaídas y con un beneficio mínimo. Entonces, lo que hacés en esos casos, es una reducción de daños: lo rotás a una BZD de vida media más larga, reducís la dosis, garantizás que ese paciente esté seguro, con un acompañante en casa". E02 y E11 también mencionan "reducción de daños" de acuerdo con las prioridades de cada caso, cuando la reducción no es posible o no tiene sentido.

E02 menciona actividades de grupo como dispositivo alternativo: "Tenemos actividades con personas mayores, una población que usa mucho BZD. Tenemos el gimnasio, que los hace moverse, no solo con actividad física, sino también con paseos. Muchas veces un anciano deprimido no sale de casa, no tiene función (...). Hay lugares donde hay terapia ocupacio-

nal, apoyo con psicoterapia, otras estrategias, hasta el médico mismo" (E02).

Otro ejemplo fue dado por E03: "Inserción en el Gimnasio Carioca. O en el grupo, nomás. Tenemos el grupo de las Traviesas (traducido del original "Arteiras") en nuestra unidad. Nosotros les mandamos pacientes. Primero, apostamos a que hagan actividad física, o el grupo (de las Traviesas), con ese objetivo, de cambiar la rutina".

E11 recurre a la colaboración del equipo de apoyo como alternativa de abordaje no farmacológico de las quejas: "Ofrecemos interconsultas, algún espacio con psicólogo, con el kinesiólogo, o con el profesor de educación física para hacer alguna actividad. La cosa va... no digo resolviéndose, pero se encamina".

E12 recurre al NASF después de haber intentado resolver por ella misma algunas cuestiones: "Entonces, la violencia, la forma de presentación agresiva, el paciente muchas veces está con un cuadro desesperante y yo no me doy cuenta".

Las estrategias de deshabitación implican tanto al médico como al equipo ESF/NASF: "Hay un grupo terapéutico en la unidad, que hace un poco ese papel. Logré deshabituarme a una paciente a partir de la convivencia en ese grupo terapéutico. Pero tuve que darle una mega atención semana por semana, ¿no? En ese tiempo se creó una situación de dependencia emocional conmigo" (E08).

La longitudinalidad en el cuidado y el trabajo en equipo aparecen como piezas fundamentales para que el médico pueda apostar a la deshabitación: "En la atención primaria tenemos la longitudinalidad, ¿no es cierto? Conocemos a las personas. Entonces, con esos pacientes con los que ya tengo contacto, la conversación sobre desprescripción no los inhibe" (E06).

El hecho de que el medicamento capture algo del médico con él (Van der Geest & Whyte, 1989) muestra sus dos caras: libera del médico y lleva un rastro de él, como ilustrado en el siguiente párrafo: "La benzodiazepina es usada como sintomático. Porque está con insomnio, porque está nervioso, porque... no es para tratar nada específicamente. Es para manejar el síntoma" (E04); "Decimos: te voy a dar 10 comprimidos para que vuelvas a consulta, para hablar de ese remedio" (E04).

El medicamento como talismán

En la muestra estudiada se observan referencias al medicamento como talismán, que aparecen bajo el nombre de "muleta" (E02; E05), "elefante rosa" (E02) o "bastón" (E08) en las entrevistas. La convicción de la superficialidad o insuficiencia del BZD para dar cuenta del sufrimiento psíquico y mental es clara en estos testimonios:

"El principal desafío, en realidad, es el manejo...

¿De qué forma la persona lidia con el sufrimiento que hace que necesite usar esa BZD? ¿Por qué necesita ese auxilio, esa muleta?" (E05).

"Existe una banalización del uso, como si no hubiese ningún riesgo, ningún efecto colateral, y eso fue la resolución de los problemas de la vida de todo el mundo. Un gran elefante rosa delante de todo el mundo" (E02).

"Más como un bastón. Pero al mismo tiempo es complicada esa muleta. Está ahí. Entonces no puedo llegar con la intención de sacar ese bastón sin ofrecer otras posibilidades" (E08).

Se observó un cuestionamiento al uso de BZD para tratar síntomas secundarios a cuestiones sociales:

"Sabemos que Brasil es uno de los países que prescriben más BZD en el mundo. Entonces nos preguntamos: ¿Es por nuestra condición social, que hace que la gente se enferme más? ¡Prescribimos tanto! No estamos dándonos cuenta de los problemas sociales que tenemos, entonces, terminamos dando una muleta... Para mí, el uso prolongado terminó transformándose en una muleta para las personas que tienen un gran sufrimiento por sus problemas comportamentales y problemáticas sociales" (E02).

"A veces la red no me posibilita ofrecer otras posibilidades, como psicoterapia. Y a veces el propio contexto social de la persona no me lo permite" (E08).

"Veo mucho la cuestión de enfermarse por la violencia... 'Ah, mi hijo murió'. 'Hubo tiros' y toma remedio" (E06).

En algunos dichos, el médico se queja porque la BZD es demandada como una solución rápida, mágica o única: "Ella llega acá con la presión alta y quiere un remedio para la presión (...) Trae ese bagaje de qué es un remedio" (E04); "Existe el momento en que el medicamento tiene que usarse, pero no hay filtro. Es siempre el plano A, nunca el plano C" (E06).

En ciertas situaciones en que el motivo de uso no logra ser esclarecido, el médico se refiere al "uso sintomático": "La BZD es usada como sintomático. Porque está con insomnio, está nervioso, porque... No es para tratar nada específicamente, es para lidiar con el síntoma" (E04). En otras, el motivo dado es simple apego: "Pero él está apegado a eso, acaba induciendo a hacer la prescripción, ¿no? A pesar de que yo pienso que él no necesita la medicación en ese momento" (E07).

Discusión

La lectura de los ejes de análisis propuestos permite trazar un itinerario en la negociación entre médico y usuario. El prescriptor relata sufrir presión por parte del usuario, desde el primer gesto que sugiere una

interrogación sobre el motivo de uso de la BZD. El médico se ve obligado a realizar una pequeña torsión para mitigar el rechazo del paciente, proponiendo saber más sobre el uso. Al pasar los motivos del usuario por el tamiz del uso racional, el médico relativiza la indicación (proponiendo alternativas al fármaco), verifica real indicación o una indicación que cubre otras necesidades. La renovación deja de ser automática, y el médico de familia logra recuperar su lugar en la cadena de producción de cuidado.

El beneficio a partir del uso puntual, que ninguno de los participantes cuestiona, la entrada en el engranaje del uso y su contribución a la polifarmacia, conforme al fenómeno del envejecimiento, son las preocupaciones centrales de los profesionales entrevistados. El ahínco con el cual se proponen las estrategias de desprescripción de BZD está relacionado con los principios que fundamentan la práctica de la medicina de familia. Las tentativas frustradas de desprescripción, que denominan de “sabotaje”, hablan de la intimidad del usuario con su medicamento.

A pesar de que este trabajo no tiene como objeto de estudio al usuario en particular, es posible inferir que el uso racional, la dependencia y el abuso, términos médicos que orientan la comprensión sobre el uso de BZD, se encuentran bien distantes de la percepción del usuario. Parte del poder de los medicamentos vendidos bajo receta, cargado de simbolismos mágicos, emana del ritual de la prescripción. Otra parte del encanto de los medicamentos guarda relación con su efecto farmacológico, en tanto productor de alivio. El médico, eslabón obligado para su obtención, transmite algo del poder de curar en el medicamento. Una vez transmitido, ese rastro pasa a ser parte del medicamento, ejerciendo ese mecanismo de por sí, liberando al usuario de la dependencia del médico (Van der Geest & Whyte, 1989). Las representaciones, efectos y significados que los usuarios atribuyen a los medicamentos se revelan bajo la amenaza de la pérdida de su encanto, como cuando los médicos sugieren una reducción. Comportamientos frecuentemente evidenciados en la clínica, como la automedicación o la adhesión irregular, son testimonio del poder liberador del medicamento. El límite trazado por el uso racional, aunque orientador, no aproxima al médico a esa particularidad fundamental entre el usuario y su medicamento.

Resulta interesante que cuando el médico ofrece retorno próximo al paciente, provoca un movimiento de vacilación sobre el fármaco liberador y el auto-diagnóstico, en una especie de mecanismo que sería

recíproco de lo formulado por Van der Geest y Whyte, sirviéndose de la prescripción para recolocar el mecanismo en funcionamiento. La reducción de la dosis, incluso la suspensión, no sólo comprometen al medicamento, sino también al médico.

En el relato de los entrevistados, se hace mención a los portadores de trastornos mentales entre los usuarios de BZD como siendo mal identificados dentro de la muestra. Cuando consultan al médico de familia, estos pacientes hacen menciones puntuales de sus síntomas, mimetizándose dentro del conjunto de usuarios. Dice E12: “sin diagnóstico (...) Tanto que tenemos una subpoblación de ‘atención en salud mental’ como indicador, que no estamos ni cerca del mínimo, tanto que tuvimos que (reabrir los registros electrónicos y) empezar a completar el CID. No era compatible con el número de medicamentos que salía (de la farmacia)” (E12). El indicador “pacientes en cuidado compartido en salud mental/usuarios de BZD” sirve para vigilar la proporción de usuarios de BZD que no tiene tratamiento ni apoyo para cuidar de su padecimiento psíquico, cualquiera sea. Orlandi y Noto (2005) encontraron que apenas un 2% de los usuarios de BZD habían tenido consulta con un médico (de cualquier especialidad) en los últimos 12 meses. La frecuencia del relato de que las BZD fueron inicialmente cedidas por un amigo o pariente, por motivos relacionados a violencia urbana u otros mal caracterizados, en el contexto de subfinanciamiento de la salud pública brasileña, invitan a pensar en las BZD como un “tónico para la salud mental en la ausencia de otros tratamientos más efectivos” (Azevedo et al., 2016).

De acuerdo con la encuesta realizada por el Consorcio de la OMS para la Salud Mental Mundial (Demyttenaere et al., 2004), 35 al 50% de los pacientes con necesidades de atención para su sufrimiento psíquico no recibieron tratamiento, siendo ese porcentaje aún mayor (76 a 85%) cuando se trataba de los países en desarrollo. Llamativamente, los pacientes con cuadros leves, o que presentaban síntomas sin llegar a configurar un diagnóstico, tuvieron pleno acceso a tratamiento. Esta paradoja, observable en la clínica, donde los que más necesitan tienen mayor dificultad para llegar al tratamiento, está relacionada con el empobrecimiento en los lazos de los sujetos con mayor vulnerabilidad psíquica y social. Relatos como el de E12 reflejan preocupación por la población que tiene las mayores dificultades para el acceso, que son los que llegan con cuadros más graves, o en situación de crisis.

Algunos estudios realizados en Brasil indican una alta prevalencia de uso de BZD en la población feme-

nina y en mayores de 60 años (Alvarenga et al., 2007; Nordonet al., 2009, Telles Filho et al., 2011; Alvarenga et al., 2014). El análisis de las entrevistas permite distinguir varias referencias a la población femenina, portadora de enfermedades crónicas, que va de la media a la tercera edad. Existen inequidades estructurales en la capacidad de acceso a tratamiento de algunos grupos de la población. Los portadores de enfermedades mentales son uno de esos grupos. La sobre representación de la población femenina en esta muestra puede indicar la dificultad de la población masculina para obtener acceso (Rogers & Pilgrim, 2009).

El modelo de corresponsabilización entre el equipo de salud de la familia y el especialista tiene a la integralidad como principio directriz. Ésta se caracteriza por la longitudinalidad en el cuidado, junto a la integración entre profesionales y servicios, en sus diferentes niveles de atención. La facilidad para el acceso y la transformación del modelo de atención en salud mental se tornan prioritarios para disminuir el impacto de la laguna en la asistencia (Patel & Prince, 2010). La integralidad y el abordaje centrado en la persona producen una reconfiguración en la comprensión sobre el sufrimiento, su dimensión social y biográfica (Fortes et al., 2014). La forma en que el profesional aloja la queja en la consulta señala una forma de comprensión distinta de la de los manuales de clasificación diagnóstica.

El psicofármaco puede ser no sólo un mecanismo para “doparse”, como dicta la comprensión tradicional sobre el abuso de drogas. Las sustancias pueden ser usadas para socializar, competir o ser protagonista en la pequeña revolución cotidiana de levantarse e ir al trabajo (Ehrenberg, 2009). La proximidad del usuario con su “droga” subordina la cura a la autosuficiencia y desdibuja el límite entre lo normal y lo patológico, interrogando sobre el sentido de la cura en medicina (Collins, 2006).

Conclusión

La frecuencia de la consulta para renovación de BZD podría leerse como parte de un fenómeno contemporáneo, que tiene al medicamento como centro. La prescripción parece caer en el lugar de mero acto burocrático, no merecedor de obligatoriedad. Muy por el contrario, se trata de reubicar la prescripción como acto príncipes de la práctica médica, culminación de un proceso decisorio complejo, con consecuencias a largo plazo en la vida del usuario.

En la concepción tradicional del encuentro médico/paciente encontramos una brecha estructural,

donde se destaca la pérdida de autonomía del paciente a partir de su padecimiento. No obstante, el recorte investigado revela un gran malestar de los médicos que, empeñados en trabajar en un modelo de promoción de la salud, sienten su capacidad de trabajo reducida por la presión para prescribir.

La lección que nos queda a los psiquiatras, que tenemos en el prescribir nuestra gran herramienta, es que existe un núcleo de saber simplificado en nuestros intercambios, que permanece desconocido. Un universo de significados atribuidos se teje en torno del efecto de los psicofármacos. A pesar de ser muy estudiados desde el punto de vista farmacológico, la repercusión con la que estos efectos colorean nuestra práctica no ocupa el mismo lugar en la investigación farmacéutica. De forma similar a la dificultad para alcanzar la objetividad en nuestras clasificaciones, tanto el sufrimiento psíquico como su alivio continúan en la carrera por la búsqueda de una definición. De ahí que los tónicos para la salud mental, sean las benzodiazepinas o el fármaco del momento, en un itinerario como el descripto, no deberían sorprendernos.

El psiquiatra que comparte su trabajo con el equipo de salud ve su práctica reconfigurada, ganando nuevos bríos. Si el medicamento es apenas un punto en esa cadena de producción, el cuidado compartido, en equipo y longitudinal favorecen el acceso a la atención, con mejor aprovechamiento de los recursos.

Este modelo, a pesar de ser promisorio, no es suficiente para mejorar el acceso a tratamiento de los usuarios de BZD. El trabajo en red pierde fuerza con la rotatividad y la fragilidad contractual de los profesionales. Los desafíos son grandes, pero la inversión en la formación humana de los médicos de familia muestra sus frutos.

Conflictos de intereses: las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimiento: a Maria Laura Ducca, por la revisión del castellano.

Referencias bibliográficas

- Alvarenga, J. M.; Giacomini, K. C.; de Loyola Filho, A. I.; Uchoa, E.; Firmo, J. O. A. (2014). Uso crónico de benzodiazepínicos entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, v.48, n.6, p.866-872. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004986>
- Alvarenga, J. M., Loyola Filho, A. I., Firmo, J. O., Lima-Costa, M. F., & Uchoa, E. (2008). Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 30(1), 7-11. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462006005000062>

- Ashton, H. (2022). Benzodiazepines, how they work and how to withdraw. Newcastle University: Institute of Neuroscience. Disponible en: <http://www.benzo.org.uk/manual/>. Acceso en agosto 2022.
- Azevedo, A. J. P.; Araújo, A. A.; Ferreira, M. A. F. (2016). Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n.1, p.83-90. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.15532014>
- Bradley, C. (1992). Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. *British Journal of General Practice*, 42, 454-458.
- Britten, N., & Ukoumunne, O. (1997). The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a question naire survey. *BMJ (Clinical research ed.)*, 315(7121), 1506-1510. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7121.1506>
- Campos, G.W.S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):393-403, <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>.
- Cockburn, J.; Pitt, S. (1997). Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations. *British Medical Journal*; 315:520-3. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7107.520>
- Collin, J. (2006). Une épistémologie médicale en changement: Raisonnements thérapeutiques entre science et croyances. En: Collin, J.; Otero, M.; Monnais, L. (Eds.). Le médicament au coeur de la socialité contemporaine: regard croisés sur un objet complexe. Presses de l'université Du Quebec, p. 129-151.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., Angermeyer, M. C., Bernert, S., de Girolamo, G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, E. G., Fayyad, J. A., Karam, A. N., Mneimneh, Z. N., ... WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581-2590. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>
- Ehrenberg, A. (2009). O cérebro social: quimera epistemológica e verdade sociológica? *Revista Periferia*, V. 1, N. 2.
- Fortes, S., Menezes, A.; Athié, K., Chazan, L.F.; Rocha, H.; Thiesen, J.; Ragoni, C.; Pithon, T.; Machado, A. (2014). Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 24 [4]: 1079-1102. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400006>
- Greenhalgh, T., & Gill, P. (1997). Pressure to prescribe. *BMJ (Clinical research ed.)*, 315(7121), 1482-1483. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7121.1482>
- Lewis, P. J., & Tully, M. P. (2011). The discomfort caused by patient pressure on the prescribing decisions of hospital prescribers. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 7(1), 4-15. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2010.02.002>
- Marca, R. G. C. (2016). Análise de relatos de usuários de clonazepam no estado do Rio de Janeiro: um estudo exploratório. 2016. 179 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Neutel, C.I., Maxwell C.J. (1996). The Benzodiazepine Tread mill-Does One Prescription Lead to More? *Pharmacoeconomics and drug safety*, Vol. 5: 39-42.
- Nordon, D. G.; Akamine, K.; Novo, N. F.; Hubner, C. von K. (2009). Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.31, n.3, p.152-158.
- Orlandi, P.; Noto, A. R. (2005). Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.13, número especial, p.896-902.
- Patel, V., & Prince, M. (2010). Global mental health: a new global health-field comes of age. *JAMA*, 303(19), 1976-1977. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.616>
- Rogers, A.; Pilgrim, D. (2009). A sociological view of mental health and illness. En: Gask, L.; Lester, H.; Hendrick, T. Pelever, R. (Eds.). Primary Care Mental Health. *RC Psych Publications*, p.40-56.
- Soranz, D., Pinto, L. F., & Penna, G. O. (2016). Themes and Reform of Primary Health Care (RCAPS) in the city of Rio de Janeiro, Brazil. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciencia & saude coletiva*, 21(5), 1327-1338. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.01022016>
- Telles Filho, P. C. P.; Chagas, A. R.; Pinheiro, M.L.P.; Lima, A.M.J.; Durão, A.M.S. (2011). Utilização de benzodiazepinas em ancianos de uma estratégia de saúde familiar: implicações para enfermagem. *Esc Anna Nery (impr.) jul-set*; 15 (3):581-586. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000300020>
- Valle, M. A. (2018). Análise da prescrição de benzodiazepínicos pelo médico de família em uma amostra no município do Rio de Janeiro. Brasil, 2018. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Van der Geest, S.; Whyte, S. R. (1989). The charms of medicines: metaphors and metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, v.3, n.4, p.345-367.
- World Health Organization. (1996). Programme on substance abuse: rational use of benzodiazepines. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65947>
- Zorzaneli, R. T. (2017). Usos do clonazepam no Brasil: práticas de usuários e prescritores. Projeto de pesquisa. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.