



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

JEFFERSON MEIRA PIRES

AVALIAÇÃO DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM POPULAÇÃO IDOSA
NO INTERIOR DA BAHIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

SALVADOR - BA

2022

JEFFERSON MEIRA PIRES

**AVALIAÇÃO DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM POPULAÇÃO IDOSA
NO INTERIOR DA BAHIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Medicina e Saúde Humana.

Orientadora: Profa. Dra. Manuela Garcia Lima

SALVADOR – BA

2022

JEFFERSON MEIRA PIRES

**“AVALIAÇÃO DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM POPULAÇÃO
IDOSA NO INTERIOR DA BAHIA”**

Dissertação apresentada à Escola
Bahiana de Medicina e Saúde
Pública, como requisito parcial para
a obtenção do Título de Mestre em
Medicina e Saúde Humana.

Salvador, 12 de dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Adriana Alves Nery
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB

Prof. Dr. Mário de Seixas Rocha
Doutor em Medicina e Saúde Humana
Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Prof.^a Dra. Ana Marice Teixeira Ladeira
Doutor em Medicina e Saúde
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

AGRADECIMENTOS

Na vida não caminhamos sozinhos, e para grandes propósitos necessitamos de grandes parceiros.

Agradeço primeiramente a Deus por sempre me guiar com sabedoria na carreira acadêmica e na vida.

Aos meus pais por todo apoio sempre em todas minhas escolhas, e por serem exemplos de coragem, determinação e fé.

Ao meu marido Leonardo, presente há quase 10 anos em minha vida. Sem o apoio e companheirismo dele, o mestrado não seria possível. Eu, ele e nossos filhos de quatro patas, constituímos uma linda família feliz.

A minha irmã Priscilla e cunhado Luciano, pela amizade, incentivo e todo apoio quando precisei.

A Secretaria Municipal de Saúde de Jequié e toda equipe de saúde da Unidade de Saúde Almerinda Lomanto, as enfermeiras Marilene, Cátia e coordenadora da unidade Juliana, sem as quais a coleta de dados dessa pesquisa não aconteceria.

A todo corpo docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e orientadora Professora Manuela Garcia, por todo aprendizado nesses dois anos de mestrado em plena pandemia pelo COVID-19.

A todos os amigos e colegas, por toda força e incentivo nesta trajetória.

E por fim, e ainda mais especial, a todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa e contribuir na construção do conhecimento e da ciência.

Sem todos vocês, nada disso seria possível.

***"De repente a vida te vira do avesso e você
descobre que o avesso é seu lado certo"***

Caio Fernando Abreu

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

EBMSP - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SMSJ- Secretaria Municipal de Saúde de Jequié

USAL - Unidade de Saúde Almerinda Lomanto

EQUIPE

Jefferson Meira Pires - mestrando do Programa de Pós-Graduação stricto sensu da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Profa. Dra. Manuela Garcia Lima - orientadora, professora adjunta e da pós-graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

RESUMO

Introdução: Os idosos são mais vulneráveis aos efeitos adversos dos benzodiazepínicos, devido comorbidades, polifarmácia e interações medicamentosas. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é avaliar a prescrição de benzodiazepínicos na população idosa em Centro de Saúde no interior da Bahia. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo observacional e transversal, que incluiu idosos acima de 60 anos. Foi realizado uma seleção da população, atendendo critérios de inclusão e exclusão, levantamento epidemiológico através de uma entrevista estruturada e um Teste de Estado Mental para avaliar nível cognitivo. Os dados foram analisados utilizando o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), versão 14.0, sendo que as variáveis foram expressas em frequência e percentuais e, para comparação entre as mesmas, foi utilizado o Teste do Qui Quadrado e estabelecido valor de $p < 0,05$ para demonstrar significância estatística. **Resultados:** Os resultados demonstraram idade média de 69 +/- 8 anos, com prevalência de 76% do sexo feminino. A taxa de uso de benzodiazepínicos nesta população foi de 65%, com predominância do clonazepam (39,1%) e diazepam (29,7%). Os especialistas médicos que mais prescreveram os benzodiazepínicos foram psiquiatras (53,9%) e médicos generalistas (32%). Dentre os idosos que utilizam benzodiazepínicos, 41,4% foram orientados a fazer uma tentativa de descontinuação, e destes, 35,8% conseguiram realizar retirada completa. Dentre aqueles que tentaram e não obtiveram sucesso, as principais causas de falha foram a retirada abrupta (44,1%) e recorrência dos sintomas durante a retirada gradual (32,4%). Por fim, não houve relação estatisticamente significativa entre o sexo e o uso de benzodiazepínico ($p=0,8$), mas foi significativa a relação entre o tipo de benzodiazepínico utilizado e o tempo de uso ($p < 0,001$). **Conclusões:** Em conclusão, o estudo demonstra alta prevalência de uso de benzodiazepínico em idosos nesta amostra, como revela baixo estímulo à prática de descontinuação desta classe medicamentosa, tendendo ao abuso com o envelhecimento. Diante disso, estratégias de descontinuação dos benzodiazepínicos devem ser estimuladas assim como o treinamento de toda a equipe no enfrentamento deste problema de saúde pública.

Palavras-chave: Benzodiazepinas; Prevalência; Idosos.

ABSTRACT

Introduction: The elderly are more vulnerable to the adverse effects of benzodiazepines due to comorbidities, polypharmacy and drug interactions. **Objective:** The objective of this study is to evaluate the prescription of benzodiazepines in the elderly population in a HealthCenter in the interior of Bahia. **Methods:** This is a descriptive observational and cross-sectional study, which included elderly people over 60 years old. A selection of the population, inclusion and exclusion criteria, an epidemiological profile survey were carried out through a structured interview and a Mental State Test to assess the cognitive level. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences software (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), version 14.0, and the variables were expressed in frequency and percentages and, for comparison between them, it was used the Chi Square Test and establish p value <0.05 to demonstrate statistical significance. **Results:** The results showed that the mean age was 69 +/- 8 years, with a prevalence of 76% female. The rate of benzodiazepine use in this population was 65%, with a predominance of clonazepam (39.1%) and diazepam (29.7%). The medical specialists who most prescribed benzodiazepines were psychiatrists (53.9%) and general practitioners (32%). Among the elderly who use benzodiazepines, 41.4% were instructed to make a discontinuation attempt, and of these, 35.8% managed to complete complete withdrawal. Among those who tried and were unsuccessful, the main causes of failure were abrupt withdrawal (44.1%) and recurrence of symptoms during gradual withdrawal (32.4%). Finally, there was no statistically significant relationship between sex and the use of benzodiazepines ($p=0.8$), but the relationship between the type of benzodiazepine used and the time of use was significant ($p<0.001$). **Conclusions:** In conclusion, the study demonstrates a high prevalence of benzodiazepine use in the elderly in this sample from the interior of Bahia, as it reveals a low incentive to discontinue this medication class, tending towards abuse with aging. Therefore, strategies to discontinue benzodiazepines should be encouraged, as well as the training of the entire health team in dealing with this public health problem.

Keywords: Benzodiazepine; Prevalence; Elder people.

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Comparação populacional percentual de homens e mulheres na mesma faixa etária	20
Figura 2: Relação prescritional hipotética/possível provocada por BZP's em idosos	22
Figura 3: Síndromes geriátricas: relação entre perda de autonomia/independência do idoso e risco de iatrogenia	24
Gráfico 1: Projeção de expectativa de vida de ambos os sexos para o Brasil pela Organização das Nações Unidas - United Nations (UN), 2022	19
Gráfico 2: Benzodiazepínicos mais utilizados na população em estudo	29
Gráfico 3: Principais indicações clínicas dos dos benzodiazepínicos	30
Gráfico 4: Tempo de uso de benzodiazepínicos na população idosa	30
Gráfico 5: Principais especialidades médicas que prescrevem benzodiazepínicos	31
Gráfico 6: Principais comorbidades na população idosa	31
Gráfico 7: Distribuição dos benzodiazepínicos por tempo de uso na população idosa	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Farmacocinética dos Benzodiazepínicos	17
Tabela 2: Motivo de falha na descontinuação dos benzodiazepínicos	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BZP - Benzodiazepínico

Covid-19 - *Corona Virus Disease 2019*

DM - *Diabetes Mellitus*

DSM V - Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais.

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

REM - *Rapid Eyes Movements*

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS - Serviço Único de Saúde

UN - United Nations

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	RACIONAL TEÓRICO	16
3.1	Definição dos Benzodiazepínicos	16
3.2	Processo de Envelhecimento	18
3.3	Interações medicamentosas dos Benzodiazepínicos em idosos	20
4	MATERIAL E MÉTODOS	25
4.1	Desenho do Estudo	25
4.2	Cenário da pesquisa	25
4.3	Seleção da População, Critérios de Inclusão e Exclusão	25
4.4	Procedimentos para Coleta de Dados	25
4.5	Plano de Análise Estatística	27
4.6	Aspectos Éticos	27
5	RESULTADOS	29
6	DISCUSSÃO	33
7	LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS	37
8	CONCLUSÃO	38
	REFERÊNCIAS	40
	ANEXO A - Teste do Estado Mental	44
	ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética	45
	APÊNDICE A - Entrevista Estruturada	47
	APÊNDICE B - Carta de Anuência da Unidade de Saúde/Secretaria Municipal de Jequié	51
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE	52
	APÊNDICE D – Versão do Trabalho para Submissão/Publicação	53

1 INTRODUÇÃO

Os fármacos benzodiazepínicos surgiram na década de 1950 como hipnóticos e ansiolíticos, prometendo substituir outros medicamentos com risco potencial de intoxicação aguda, como os barbitúricos. Seu uso em espaço de tempo limitado é seguro e sua ação de início rápido favoreceu o tratamento de diversos transtornos psiquiátricos, visto que antidepressivos e antipsicóticos, por exemplo, não tem a mesma rapidez de início de ação¹.

Atualmente o uso de benzodiazepínicos é considerado adjuvante importante em vários transtornos psiquiátricos. Na população idosa, os benzodiazepínicos são principalmente usados como ansiolíticos e hipnóticos em portadores de depressão, transtornos de ansiedade e demências. O tempo de uso tende a ser prolongado, com dificuldade na retirada e risco aumentado de efeitos colaterais, abuso e dependência².

A população idosa é extremamente susceptível aos efeitos negativos dos benzodiazepínicos devido ao risco de polifarmácia e interação medicamentosa, doenças clínicas e psiquiátricas comórbidas, incapacidades, risco de quedas da própria altura e problemas psicossociais. Por isso, a indicação destas drogas nesta população deve ser constantemente revisada^{3,4}.

Consensos internacionais demonstram que o uso acima de 12 semanas já caracteriza uso crônico, e que uso superior a esse período deve ser evitado. A dependência química é caracterizada por persistência do uso e dificuldade na retirada apesar de problemas relacionados à substância, tolerância e síndrome de abstinência. Além disso, uso crônico de benzodiazepínicos pode levar a efeitos adversos como ataxia, amnésia, sedação e mudança no padrão da arquitetura do sono⁵.

Contudo, mesmo quando bem indicado o uso de benzodiazepínicos em idosos, há uma resistência por parte de pacientes, familiares e mesmo por parte dos profissionais de saúde em realizar a retirada gradual⁶. Ainda há perpetuação da cultura de renovação de receita médica apenas pelo fato do paciente já usar a medicação por longo tempo, conseqüente ao medo dos efeitos da abstinência se tentado o “desmame”, que segundo consensos internacionais é a melhor forma de tratamento da síndrome de dependência.

No entanto, é notável que a assistência ao idoso é um fator que ainda precisa ser muito melhorado, e deve ser tratado com cautela e individualismo. Antes de qualquer prescrição medicamentosa, deve-se levar em consideração o envelhecimento fisiológico do indivíduo, analisando os possíveis riscos e benefícios, além de questões educacionais, econômicas e culturais que podem impactar diretamente no tratamento⁶.

Vista atual situação do uso dos benzodiazepínicos no mundo, a psicoeducação na retirada gradual dos mesmos precisa ser estimulada nos serviços de saúde. Não apenas psiquiatras, mas médicos clínicos e outros profissionais da área da saúde precisam ser treinados para este “desmame”, que às vezes pode durar mais de seis meses, além da prescrição exagerada e desnecessária desse tipo de medicamento^{2,7,8}.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a prescrição de benzodiazepínicos na população idosa em Centro de Saúde no interior da Bahia.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os benzodiazepínicos mais usados na prática em idosos, tempo de uso, indicação médica e especialidade médica que o prescreveu;
- Comprovar que a maioria dos idosos iniciam uso de benzodiazepínicos sem prescrição médica ou por médicos não psiquiatras;
- Estudar como o processo de descontinuação aos benzodiazepínicos é dificilmente estimulada e, quando realizada, há alta taxa de falha;
- Avaliar determinantes de falha nessa descontinuação.

3 RACIONAL TEÓRICO

3.1 Definição dos Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos (BZP) são fármacos que surgiram de uma forma acidental, em meados do século XX, através do químico Leo Sternbach e revolucionou o tratamento do transtorno de ansiedade⁹. Este grupo de medicamentos representa um dos mais vendidos em todo mundo. São drogas com ação hipnótica, ansiolítica, anticonvulsivante, anestésica, analgésica e relaxante muscular. Devido a intensa gama de ação, são utilizadas em diversas especialidades. Além disso, baixo risco de intoxicação e rápido início de ação representam os grandes benefícios desses medicamentos¹⁰.

Entretanto, ao mesmo tempo em que se observam tais benefícios, os benzodiazepínicos representam grupo de droga com alto potencial de abuso/dependência. A ocorrência e gravidade destas condições dependem da meia-vida do medicamento utilizado, da dose média e da duração de uso. Segundo diretrizes da Associação Médica Brasileira, define-se uso prolongado por aquele superior a 12 semanas⁵.

Os BZP têm ação inibitória do Sistema Nervoso Central (SNC), através do Sistema Gabaérgico. A ação em receptores desse sistema aumenta a transmissão do neurotransmissor Ácido Gama-Aminobutírico (GABA), hiperpolarizando a membrana neuronal e reduzindo sua excitabilidade. Esse é o principal mecanismo de ação para promover diminuição da ansiedade, indução do sono, relaxamento muscular, redução do estado de alerta, dentre outros¹¹⁻¹³. São fármacos lipossolúveis, com absorção pelo trato gastrointestinal e facilitada ligação a proteínas plasmáticas, apresentando capacidade de depósito em tecido adiposo e alta penetração na barreira hemato-encefálica. Tais características de ação sobre o SNC associado ao uso prolongado são fatores que aumentam o risco de dependência¹⁴.

Os BZP têm sua classificação determinada de acordo com seu tempo de meia-vida plasmática, podendo ser de ação muito curta, curta, intermediária ou longa¹³.

Tabela 1: Farmacocinética dos Benzodiazepínicos.

Fármaco	Meia vida (horas)	Ligação Protéica (%)	Dose equivalência (Diazepam 10mg)
Midazolam	1,5-2,5	—	15mg
Alprazolam	6-20	—	1mg
Bromazepam	12	70%	6mg
Lorazepam	9-22	85%	2mg
Clordiazepóxido	10-29	93%	25mg
Clonazepam	19-42	—	2mg
Diazepam	14-61	98%	10mg
Nitrazepam	16-48	—	10mg

Fonte: Adaptado de WHALEN *et al.*, 2016¹³.

Os fármacos de ação muito curta apresentam meia-vida menor que 2 horas, e por isso são muito utilizados em induções anestésicas, como é o caso do midazolam. Os BZP de ação curta apresentam tempo de meia-vida plasmática entre 2 e 6 horas e são mais indicados no controle da insônia e ansiedade, convulsão, transtornos de ansiedade, alterações de humor, psicoses, tratamento da síndrome das pernas inquietas e distúrbios do equilíbrio, como a vertigem e labirintite¹⁵.

As indicações clínicas não costumam variar conforme o aumento da meia-vida, e a escolha do BPZ dependerá mais da duração do efeito desejado e da farmacodinâmica da droga no indivíduo. Os BZP de meia-vida intermediária tem o tempo de meia-vida plasmática entre 6 e 24 horas. Já aqueles de ação longa apresentam meia-vida maior que 24 horas, ficando no organismo por um tempo maior e com maior biodisponibilidade de metabólitos ativos¹¹.

Devido condições supracitadas, quanto menor a meia-vida do BZP, maior o risco do indivíduo abusar do mesmo, já que o efeito desejado possui uma ação rápida e não duradoura. Em contrapartida, o uso de BZP de meia-vida longa determina maior biodisponibilidade de metabólitos ativos e maior risco de interações com outros medicamentos em uso.

A síndrome de dependência ao benzodiazepínico caracteriza-se principalmente com sintomas de abstinência na ausência do medicamento. Nesta o indivíduo apresenta alterações do humor e da cognição (ansiedade,

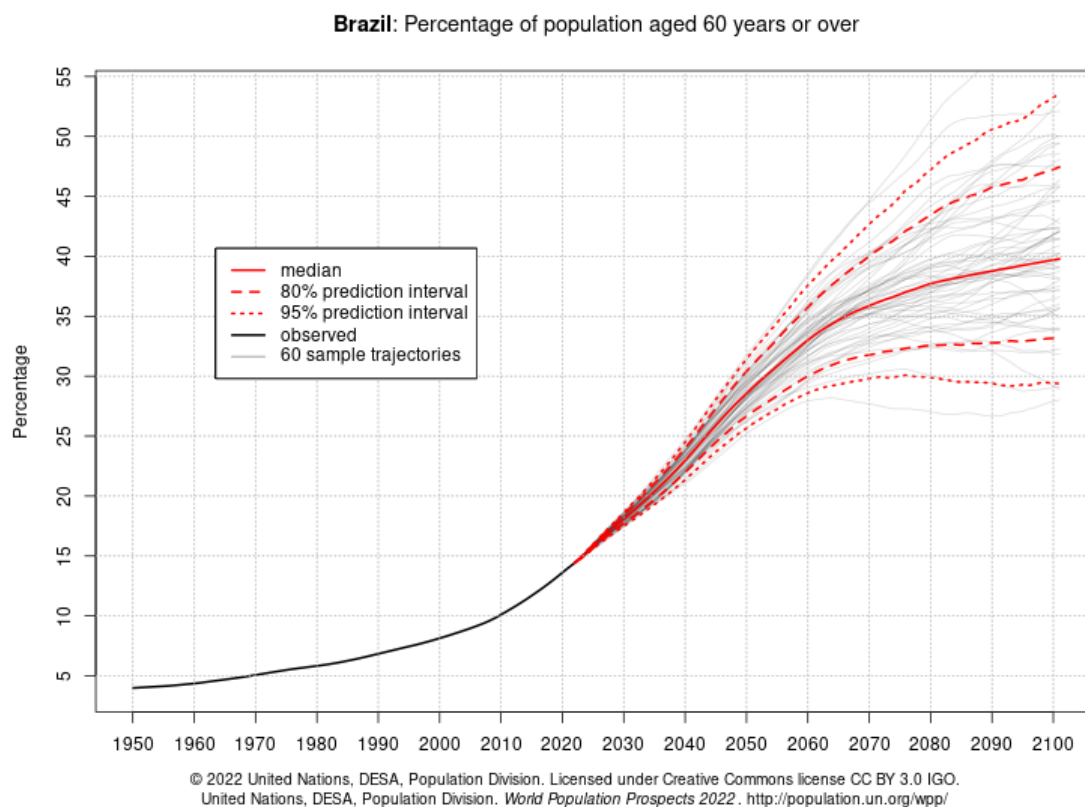
apreensão, disforia, pessimismo, irritabilidade, ruminação obsessiva e ideação paranóide), perturbações do sono (insônia, ciclo sono-vigília alterado e sonolência diurna), sintomas físicos (taquicardia, pressão arterial aumentada, hiperreflexia, tensão muscular, agitação psicomotora, tremor, mioclonia, dores nos músculos e articulações, náuseas, coriza, diaforese, ataxia, zumbido e convulsões tônico-clônicas) e perturbações da percepção (hiperacusia, despersonalização, visão borrada, ilusões e alucinações)¹⁰.

3.2 Processo de Envelhecimento

O ato de envelhecer traz consigo mudanças fisiológicas e sociais. Trata-se de um processo natural, progressivo e irreversível, associado a declínios na saúde, representando um desafio para os profissionais da saúde. O envelhecimento é individual, relacionado a genética e ao estilo de vida do indivíduo. E nesse processo, os diferentes sistemas e órgãos apresentam riscos relativos de alterações cardiovasculares, respiratórias, cutâneas, do metabolismo hepático ou diminuição do processo de filtração renal e excreção, além de alterações de humor, distúrbios do sono, dentre outros^{16,17}.

A população idosa vem crescendo ao longo dos anos, onde a razão de dependência dos idosos aumentou de 11,2, em 2012, para 14,7, em 2021, enquanto a razão de dependência de jovens passou de 34,4 crianças e adolescentes por 100 pessoas em idade potencialmente ativas, para 29,9, no mesmo período¹⁸. Em 2020 o número de brasileiros idosos com 60 anos ou mais era de 30 milhões e a expectativa de vida de 75 anos ou mais, conforme demonstrado no Gráfico 1¹⁹. Segundo previsões da Organização Mundial de Saúde (OMS) até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas^{20,21}.

Gráfico 1: Projeção de expectativa de vida de ambos os sexos para o Brasil pela Organização das Nações Unidas - United Nations (UN), 2022.



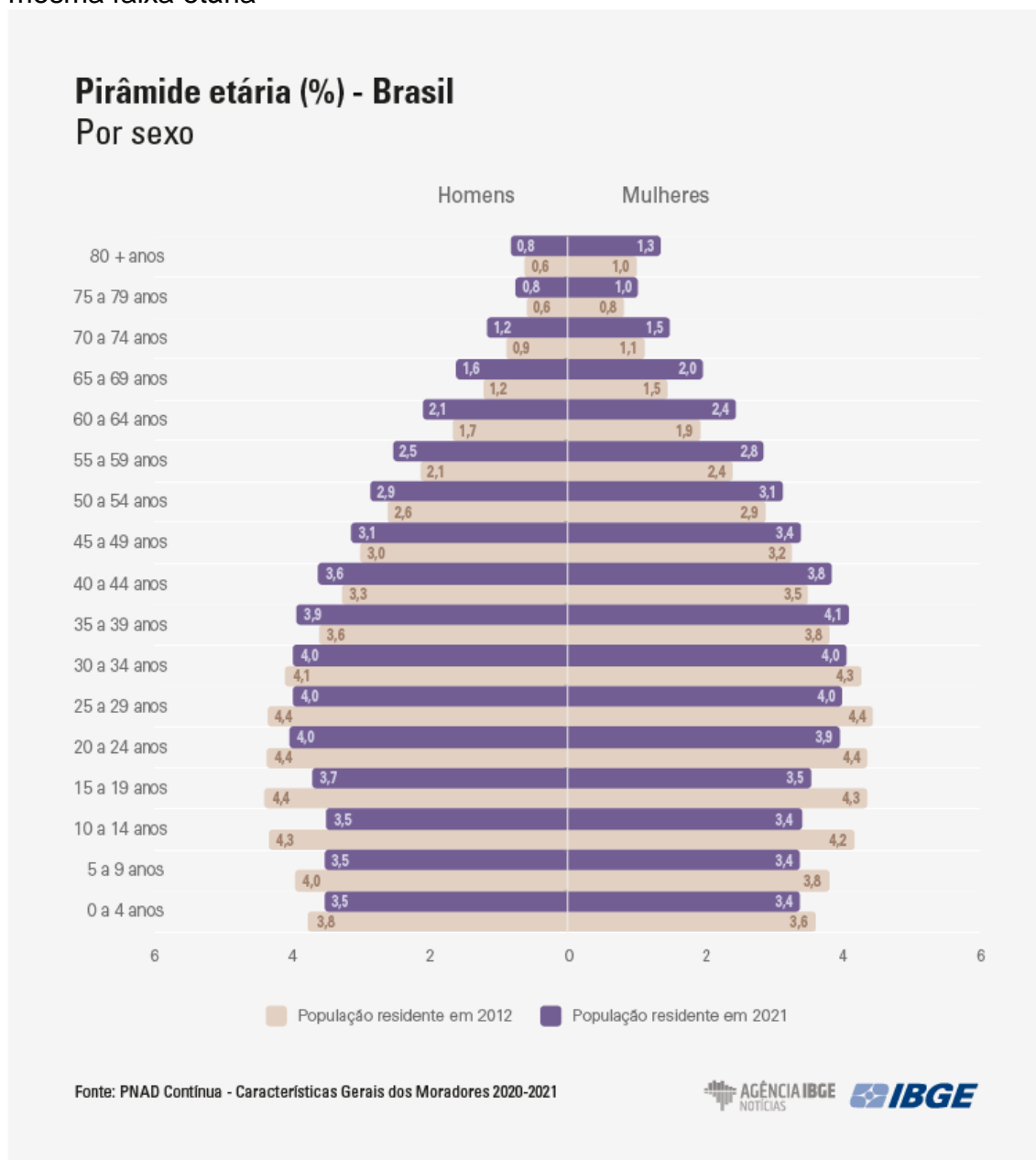
Fonte: UN, 2022. Disponível em: <population.un.org/wpp/>¹⁹

Com o aumento da população idosa, há uma tendência ao aumento do consumo de medicamentos, muitas vezes de dois ou mais fármacos diferentes, até sem orientação médica, o que pode mascarar diagnósticos e impossibilitar tratamento adequado²². Os idosos possuem o metabolismo mais lento e com algumas limitações, o que dificulta uma boa resposta medicamentosa²³. E com isso seu organismo pode não conseguir absorver, distribuir, metabolizar e excretar bem os medicamentos. Assim, pode proporcionar o acúmulo de substâncias nocivas no organismo e a produção de efeitos adversos, podendo levar a morbidade^{3,4}.

Estudos vêm mostrando que as mulheres na terceira idade vêm sendo as maiores consumidoras de medicamentos, sendo a maioria de psicofármacos²⁴. No entanto, tal fator está associado não só a questões psicológicas, mas também ao número de mulheres que alcança a terceira idade serem maior que a dos homens na mesma faixa etária (**Figura 1**). Em 2021, as mulheres

representavam 51,1% da população do país, totalizando 108,7 milhões, enquanto os homens correspondiam a 48,9% (103,9 milhões)¹⁸.

Figura 1: Comparação populacional percentual de homens e mulheres na mesma faixa etária



Fonte: PNDA Contínua, IBGE, 2022.¹⁸

3.3 Interações medicamentosas dos Benzodiazepínicos em idosos

O envelhecimento da população aumenta o risco de desenvolver doenças mentais. Assim, é esperado que este grupo populacional use mais medicamentos psicotrópicos, entre eles os benzodiazepínicos. No entanto, os

idosos são vulneráveis aos efeitos indesejados dos benzodiazepínicos, seja intoxicação, abuso e dependência²⁵. Mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento causam alterações na farmacocinética e farmacodinâmica da droga, bem como presença de comorbidades e polifarmácia (caracterizada por uso de mais de cinco medicamentos diferentes) tendem a facilitar interações medicamentosas arriscadas, originando efeitos adversos e mesmo intoxicação^{3,4,26}.

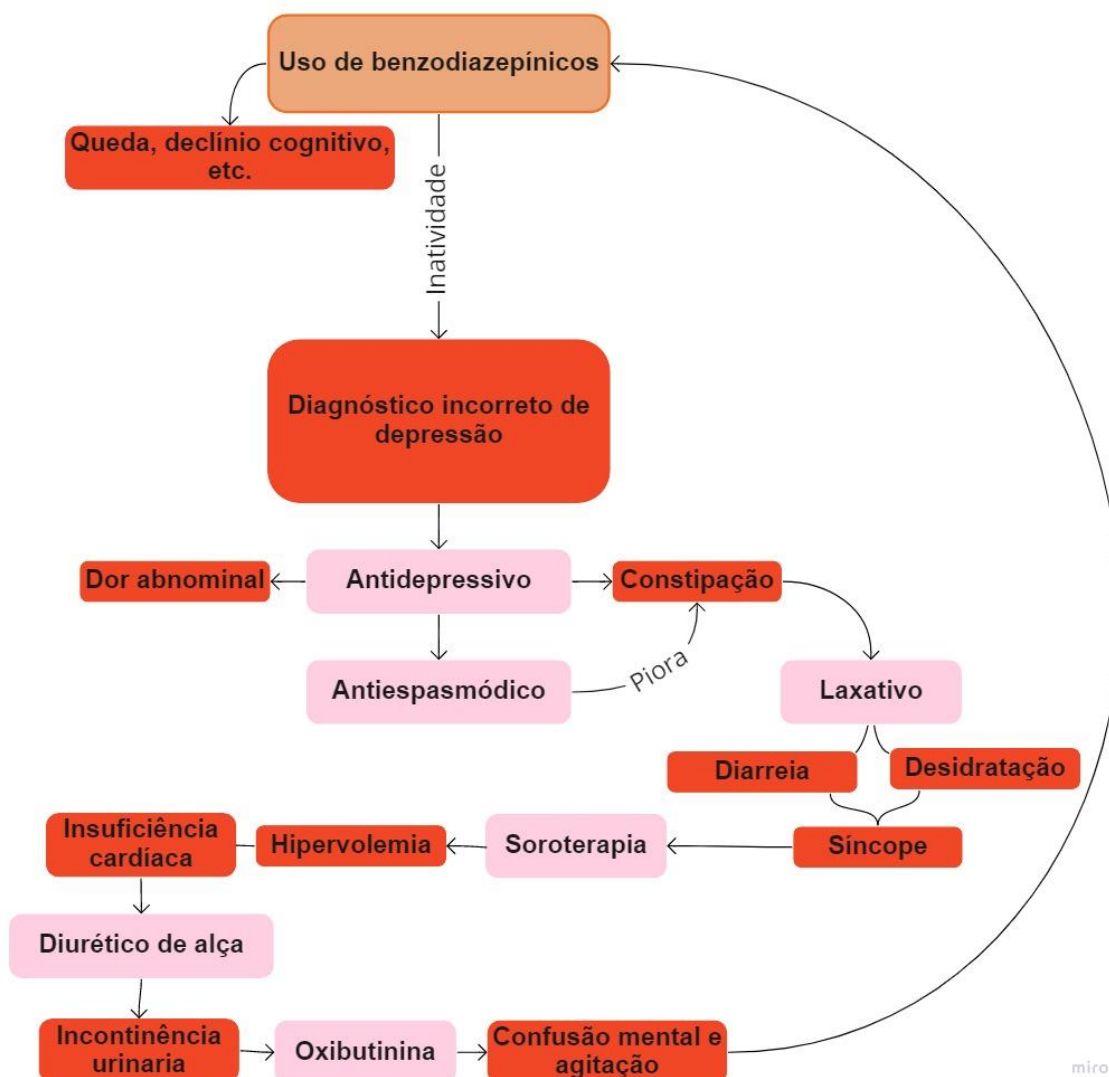
Diversos estudos relacionam o uso dos benzodiazepínicos com aumento da mortalidade na população idosa. A mortalidade deve-se a depressão respiratória devido interação com barbitúricos, anticonvulsivantes e certos antidepressivos com ação sedativa, quedas da própria altura e piora de quadros depressivos com risco de suicídio²⁷.

Queixas de amnésia anterógrada, dificuldade na memória de evocação, problemas de coordenação, ataxia e alteração na arquitetura do sono também se relacionam com uso prolongado de benzodiazepínicos. Há diminuição do sono de ondas lentas e em menor grau do sono REM (*Rapid Eyes Movements*), e existe tolerância para o efeito promotor do sono, exceto pela manutenção do aumento dos fusos do sono, cujo significado não é claro. Além disso, o sono tende a ser menos reparador²⁸

Dados epidemiológicos revelam que os fármacos benzodiazepínicos são 2 a 3 vezes mais consumidos por mulheres e com tendência ao aumento de uso relacionado ao envelhecimento²⁴.

Alguns fatores sugerem o uso prolongado dessas medicações: indicação inadequada, falta de acompanhamento, falta de informação quanto os efeitos indesejados, baixa tolerância aos efeitos da descontinuação e resistência por parte dos próprios familiares na retirada gradual. Existe o risco de que com uma indicação inadequada, os pacientes usuários destas substâncias aumentem as doses sem comunicar ao médico, entre outras razões pelo efeito de tolerância²⁶.

Figura 2: Relação prescritorial hipotética/possível provocada por Benzodiazepínicos em idosos



Legenda: Exemplificação da relação iatrogênica iniciada com o uso de benzodiazepínicos. Destaque rosa para fármacos, vermelho para eventos de iatrogenia, efeitos indesejados e consequências finais facilitadas por alterações prévias. Adaptado de FIOCRUZ, 2020²⁹.

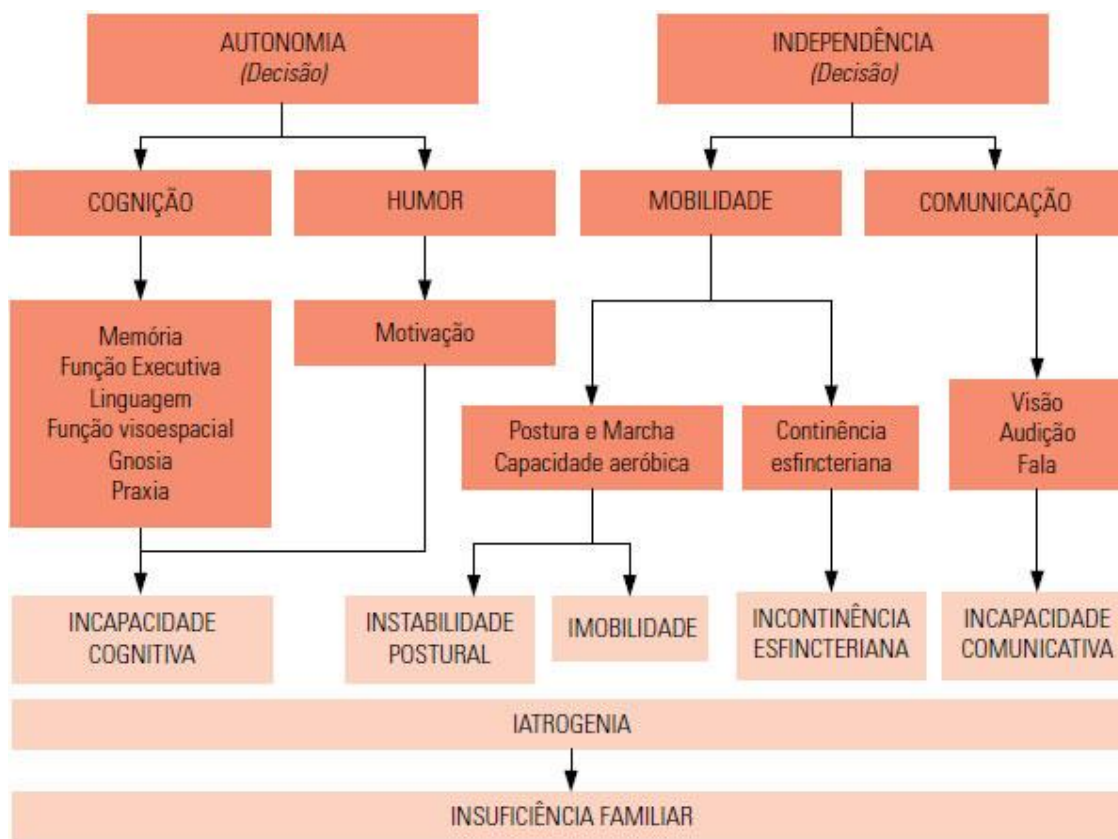
A Figura 2 evidenciacom a prescrição e uso dos fármacos BZP podem se relacionar com outras classes de medicamentos. Um exemplo a ser citado é a interação com outras drogas de ação anticolinérgica. O uso concomitante com antidepressivos e agentes anticolinérgicos propriamente ditos podem gerar efeitos colaterais que levam ao uso de antiespasmódicos que também têm ação anticolinérgica. Desse modo, a ação no SNC e periférico podem ser potencializadoscom combinações de fármacos e seus efeitos colaterais, oferecendo maior risco ao paciente⁶.

Diante desse cenário, é necessário estar familiarizado com as mudanças fisiológicas causadas pelo envelhecimento e avaliar o perfil de risco em idosos,

adotando uma conduta cautelosa para esse grupo específico de medicamentos, evitando sempre que possível a polifarmácia^{3,4}. O acompanhamento parece não garantir o conhecimento sobre os riscos de uso prolongado. Apesar da percepção da dependência, muitos usuários preferem continuar usando a substância, alegando ser necessário o uso e não perceber motivos para interrupção.

Há a influência de diversos fatores que vão desde a facilidade médica em receitá-las, automedicação, a até popularização entre os pares através de empréstimos e/ou indicação da medicação. Além disso é fundamental que o profissional consiga identificar as necessidades do idoso e de seu cuidador para estabelecer uma intervenção eficaz e segura para minimizar os riscos de iatrogenias³⁰. As iatrogenias em idosos podem gerar desconforto nas famílias, como suporte insuficiente e famílias disfuncionais ou insuficientes³¹ (**Figura 3**).

Figura 3: Síndromes geriátricas: relação entre perda de autonomia/independência do idoso e risco de iatrogenia



Fonte: MORAES, MORAES, LIMA, 2010³¹.

A conscientização por parte dos profissionais médicos é essencial para a mudança no padrão de uso dos benzodiazepínicos. O comodismo deve ser evitado e a retirada gradual estimulada por médicos de todas as especialidades que se beneficiam com a substância. A educação em saúde é fundamental neste momento, acolhendo o sofrimento inicial que pode acontecer na retirada da substância bem como estar atualizado em outras opções terapêuticas para a indicação médica inicial.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo observacional, prospectivo, de caráter descritivo e transversal. Os estudos observacionais permitem compreender a realidade de um fenômeno sem a interferência do pesquisador, sendo excelente opção de metodologia para estudos de prevalência.

4.2 Cenário da pesquisa

A presente pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Almerinda Lomanto, localizado no município de Jequié, sudoeste da Bahia, a 370,6 Km de Salvador, com área territorial de 2.969,039 km². Sua população é estimada em 156.277 habitantes e apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,665³².

Com serviço público de saúde oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Jequié (SMSJ), conveniada ao Serviço Único de Saúde (SUS), compreende atendimento clínico e especializado em diversas especialidades, como psiquiatria, ginecologia, reumatologia, cardiologia, ortopedia, serviço de atenção ao paciente com tuberculose. Além disso, oferta atividades próprias da atenção primária (serviço de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, serviço de farmácia, serviço de práticas integrativas e complementares, serviço de triagem neonatal, serviço de coleta de materiais biológicos e teleconsultoria).

4.3 Seleção da população, critérios de inclusão e exclusão

A pesquisa foi realizada com idosos (idade acima de 60 anos segundo OMS) com aptidão para responder as questões de entrevista estruturada ou cuidadores que os auxiliassem (APÊNDICE A). Foram excluídos idosos com perda cognitiva e sem acompanhante.

4.4 Procedimentos para Coleta de Dados e análise

Algumas dificuldades foram encontradas no início da coleta de dados. A pesquisa foi realizada no período crítico da pandemia, o que dificultou o acesso aos idosos participantes da pesquisa, sendo eles grupo de risco, e sua procura ao serviço de saúde era realizado em momentos de grande necessidade. Além

disso, alguns entraves dificultou a randomização de prontuário para a coleta de dados: ausência de prontuário eletrônico e prontuários físicos desatualizados desde a abertura da unidade (arquivo morto coexistindo com prontuários ativos).

O objetivo foi revelar o perfil epidemiológico da população que efetivamente procurou e utilizou o serviço de saúde em questão. Portanto, na medida que o indivíduo buscasse por atendimento médico, desde que atendesse aos critérios de elegibilidade e concordasse em participar da pesquisa, seria direcionado para entrevista estruturada. Para aqueles participantes com nível cognitivo abaixo da normalidade para responder à entrevista estruturada, a presença de um acompanhante/cuidador foi solicitada, como prática rotineira do serviço.

O Teste de Estado Mental (ANEXO A) foi realizado para avaliação deste nível cognitivo. É um exame breve do estado mental, compreendendo um questionário de 30 pontos para rastrear perdas cognitivas. A pontuação bruta foi corrigida de acordo com a escolaridade. Em pessoas com mais de 11 anos de escolaridade considera-se a função cognitiva afetada quando a pontuação é ≤ 27 , numa pessoa com 1 a 11 anos de escolaridade considera-se que a cognição está afetada quando ≤ 22 e numa pessoa analfabeta quando ≤ 15 (DUQUE *et al.*, 2012).

As variáveis avaliadas compreenderam sexo, grau de instrução, raça autodeclarada, principais comorbidades, benzodiazepínicos mais utilizados, tempo médio de uso, principais indicações médicas de uso dos mesmos, tentativa de retirada gradual e motivo de falha de descontinuação (se houvesse).

As variáveis elencadas na entrevista estruturadas foram aquelas consideradas mais relevantes na literatura médica, como as indicações psiquiátricas, as comorbidades clínicas, os benzodiazepínicos utilizados e as especialidades médicas que o prescreveram. Estas variáveis foram autorreferidas, levando em consideração alguns critérios: 1) Nas indicações clínicas/psiquiátricas, foram considerados critérios do DSM V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Edição V), principal instrumento validado internacionalmente para definição de critérios diagnósticos dos transtornos mentais. A variável “insônia” era pontuada apenas se fosse considerada primária, ou seja, se outra condição psiquiátrica não a justificasse. 2) Para comorbidades clínicas (como *Diabetes Mellitus* (DM), Hipertensão

Arterial Sistêmica (HAS), Doenças cardiovasculares, entre outros), foram consideradas o quadro clínico associado ao uso de medicamentos específicos (exemplos: hipoglicemiantes na DM, Anti-hipertensivos na HAS). 3) Para as especialidades, a linguagem coloquial foi considerada (exemplo: "médico do coração", "médico da tireóide", "médico dos ossos"). Para evitar efeito de confusão, quando autorreferido "médico de cabeça" o participante era questionado se o médico trata doenças mentais ou não.

4.5 Plano de análise estatística

Para elaboração do banco de dados e análise descritiva foi utilizado o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), versão 14.0 for Windows. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas. As variáveis categóricas foram expressas em frequências e percentuais. As variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas em média e desvio padrão; e aquelas com distribuição não-normal, em mediana e intervalo interquartil. A normalidade das variáveis numéricas foi verificada através da estatística descritiva, análise gráfica e do teste Kolmogorov- Smirnov.

O teste qui-quadrado foi utilizado para comparação entre os grupos das variáveis sexo, uso de benzodiazepínicos, tipo de benzodiazepínico utilizado, indicação médica, tempo de uso, tentativa de descontinuação e profissional médico que o prescreveu. Para todas as análises univariadas foi estabelecido valor de $p \leq 0,05$ como definição de significância estatística. Os resultados foram demonstradas através de gráficos ou tabelas. Esses resultados foram comparados com dados da literatura.

4.6 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisada Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) (Parecer Número 5.244.943) (ANEXO B).

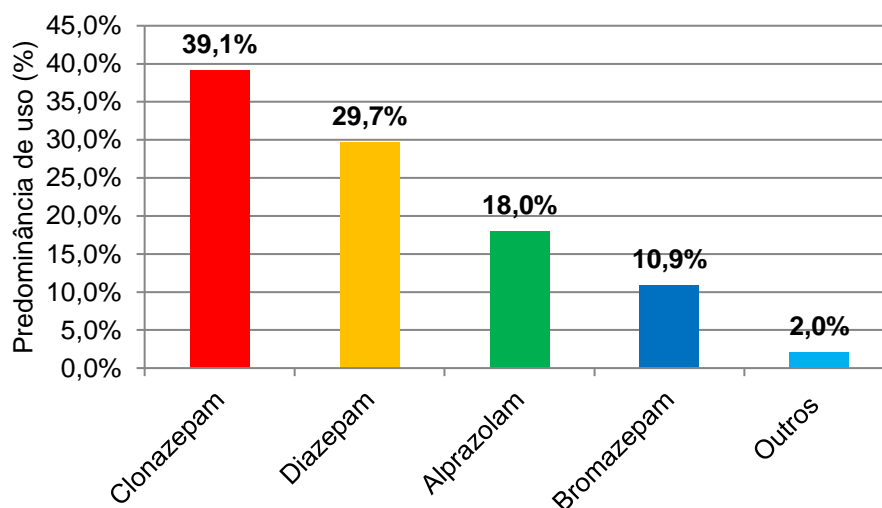
Além disso, foi solicitada anuência da Secretaria de Saúde de Jequié para coleta de dados na Unidade de Saúde Almerinda Lomanto (APÊNDICE B). Todos os idosos que concordaram que participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Aqueles participantes analfabetos assinaram por impressão digital.

5 RESULTADOS

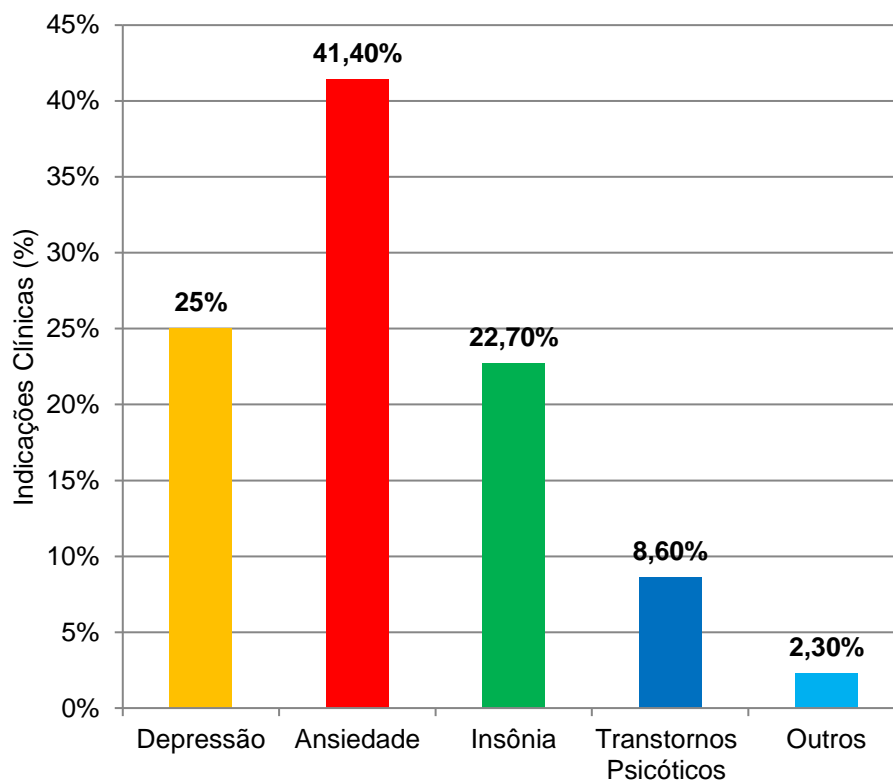
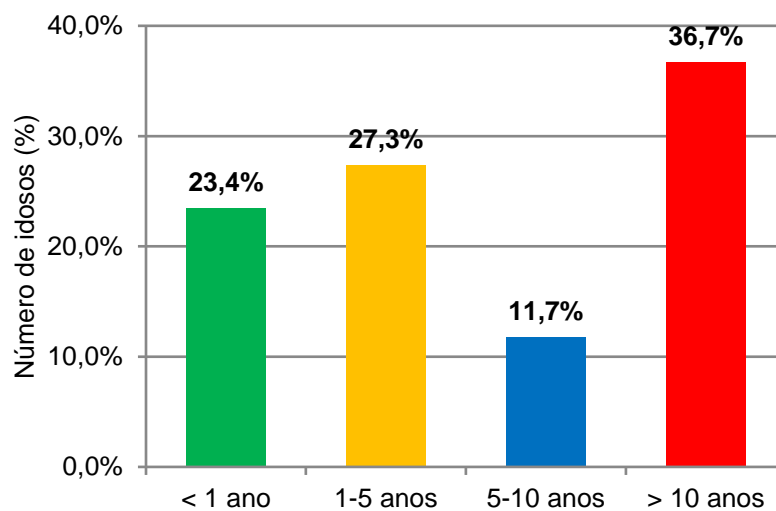
Considerando-se uma prevalência estimada de 15% de idosos com critérios para uso prolongado/abuso/dependência aos benzodiazepínicos na população geral, estimou-se 196 participantes para o presente estudo, levando em consideração $\pm 5\%$ de precisão e alfa de 5%. O perfil epidemiológico da população idosa neste estudo foi caracterizado por idade média de $69 \pm 8,1$ anos, prevalência de 76% do sexo feminino, e maioria aposentada(77%). Apresentam estado civil variado, sendo 25% viúvos, 31,6% solteiros e 43,4% casados.

O nível de escolaridade encontrado foi de 34,7% de analfabetos, 37,8% com ensino fundamental incompleto, 13,8% com ensino fundamental completo, e 13,8% chegaram ao ensino médio. Dos 196 idosos que participaram da pesquisa, 65% fez uso de algum tipo de Benzodiazepínico, com predominância de clonazepam (39,1%) diazepam (29,7%), alprazolam (18%) e bromazepam (10,9%) (**Gráfico 2**).

Gráfico 2: Benzodiazepínicos mais utilizados na população idosa.

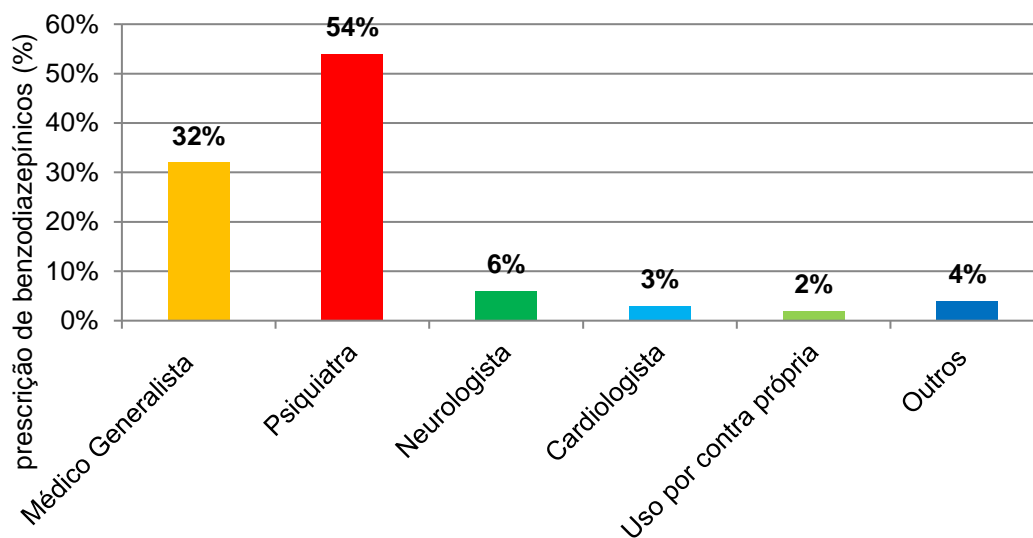


As principais indicações clínicas para tal uso são depressão (25%), ansiedade (41,4%) e insônia (22,7%), (**Gráfico 3**) sendo que o número de idosos que ultrapassaram 10 anos de uso foi de 36,7% (**Gráfico 4**).

Gráfico 3: Principais indicações clínicas dos benzodiazepínicos**Gráfico 4:** Tempo de uso de benzodiazepínicos na população idosa

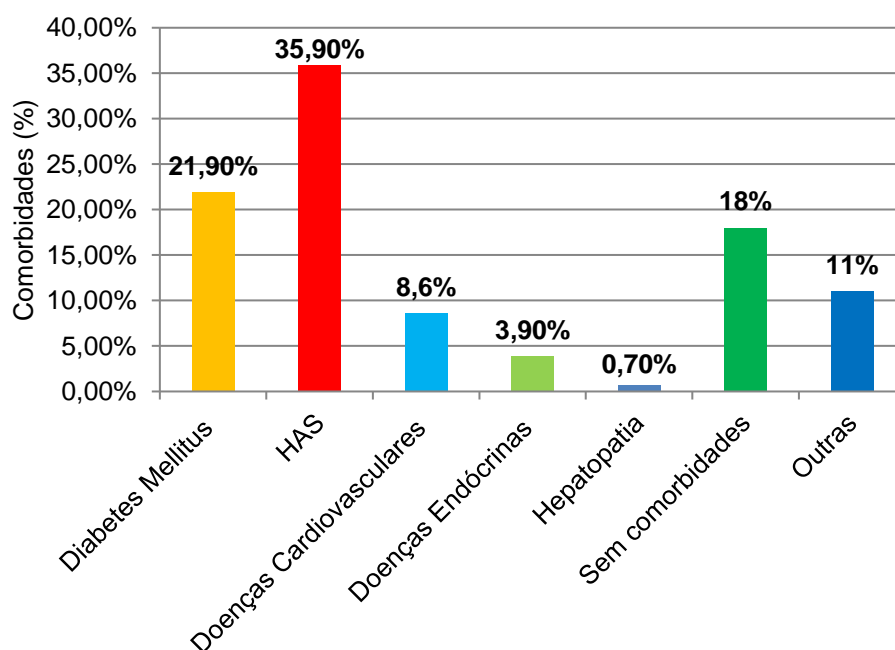
Os especialistas médicos que mais prescreveram esta classe medicamentosa foram psiquiatras (53,9%) seguidos por médicos generalistas (32%) (**Gráfico 5**).

Gráfico 5: Principais especialidades médicas que prescrevem benzodiazepínicos



Em relação aos idosos que utilizam benzodiazepínicos, 18% não apresentam comorbidades clínicas, sendo que as condições mais prevalentes foram HAS (35,9%), DM (21,9%), doenças cardiovasculares (8,6%) e doenças endócrinas (3,9%) (**Gráfico 6**). Portanto, o uso de outros medicamentos é rotineiro, sendo que o número de indivíduos que usam cerca de quatro medicamentos atinge 46,1%.

Gráfico 6: Principais comorbidades na população idosa



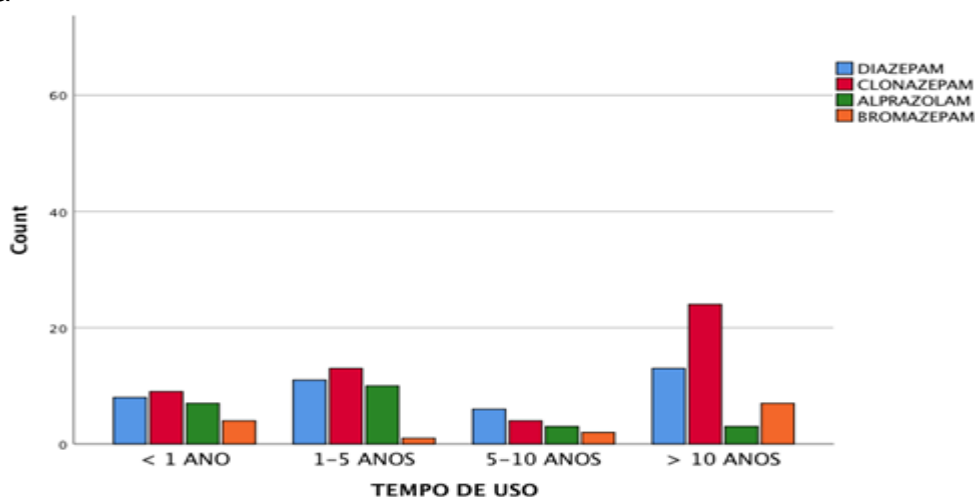
Dentre a população que usa benzodiazepínico, 41,4% (n=53) já foram orientados a fazer uma tentativa de descontinuação, sendo que 35,8% conseguiram realizar a retirada completa. Daqueles que falharam na descontinuação, 44,1% fizeram retirada abrupta e 32,4% realizaram descontinuação progressiva mas apresentaram recorrência do quadro e foi reintroduzido o benzodiazepínico (**Tabela 2**).

Tabela 2: Motivo de falha na descontinuação dos benzodiazepínicos em idosos

Forma de retirada	Número absoluto	Porcentagem (%)
Retirada Abrupta	15	44,1
Retirada inicial >25%	4	11,8
Retirada <25% mas intolerância a abstinência inicial	4	11,8
Sucesso na retirada mas recorrência do quadro	11	32,4

Não houve relação estatisticamente significativa entre o sexo e uso de benzodiazepínico ($p=0,8$), mas foisnificante a relação entre o tipo de benzodiazepínico utilizado e o sexo ($p=0,05$). Ainda foi estatisticamente significativa a relação entre a indicação clínica e o benzodiazepínico usado ($p=0,02$) e relação estreita entre o benzodiazepínico utilizado e o tempo de uso ($p<0,001$) (**Gráfico 7**).

Gráfico 7: Distribuição dos benzodiazepínicos por tempo de uso na população idosa



6 DISCUSSÃO

Na amostra do estudo (n = 196), foi observada prevalência de 65% de uso de benzodiazepínicos na população. Esses números impressionam pois destoam da prevalência de dados da literatura médica. Os índices internacionais e nacionais giram em torno de 15 a 20%³³. Entretanto, a revisão bibliográfica realizada para este estudo não continha estudos que analisassem esta população no período de pandemia.

Esta prevalência reflete a realidade de um período único da história mundial (pandemia por Covid-19). Alguns estudos relatam que os índices de doenças mentais cresceram assustadoramente neste período, especialmente ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e distúrbios do sono. Estes quadros relacionam-se diretamente à infecção pelo Covid-19 (mediada por citocinas pró-inflamatórias), risco iminente de morte, perda de familiares, isolamento social, complicações de outras condições clínicas negligenciadas pelos serviços de saúde, dentre outros. Assim, o idoso, considerado grupo de risco no período de pandemia, estava mais susceptível ao desenvolvimento de doenças mentais e usar mais medicamentos psicotrópicos.

A predominância do sexo feminino neste estudo concorda com estudos prévios^{24,34,40}. Esses índices dialogam com a maior prevalência de transtornos psiquiátricos na população feminina e com a maior procura de serviços de saúde por este público^{41,43}. O papel da mulher na sociedade com o acúmulo de múltiplas tarefas (tais como carreira, cuidados com a família e domicílio) pode contribuir no aumento de problemas relacionados à saúde mental na população feminina^{43,44}.

Uma característica importante observada foi o baixo nível de instrução da população, refletindo diretamente o nível socioeconômico e também encontrado em outros estudos brasileiros.^{34,35,45} Desse modo, muitas vezes a falta de conhecimento pode levar o indivíduo a consumir um tipo de medicamento de forma incorreta, podendo levar a reações adversas. No presente estudo, a soma de analfabetos e indivíduos com ensino fundamental incompleto representam mais de 70% da amostra.

As principais indicações clínicas de uso dos benzodiazepínicos são diversas. Porter um medicamento de ação rápida, é usado de forma adjuvante

no tratamento de diferentes transtornos psiquiátricos até o tratamento de base surtir efeito. Os resultados encontrados também coincidem com os dados da literatura, apontando a depressão, transtornos ansiosos e insônia primária como as principais indicações clínicas.

Diferentemente do esperado como hipótese do presente estudo, os médicos psiquiatras foram os maiores prescritores. O fácil acesso a este especialista no Centro de Saúde explica tais resultados. Outros estudos brasileiros também demonstram o mesmo resultado, apontando o médico especialista como principal prescritor.^{35,44,46} Em estudo sobre práticas profissionais no Brasil e Cuba acerca do uso e abuso de benzodiazepínicos, os profissionais da Atenção Primária de Saúde dificilmente iniciam um tratamento, mas dão continuidade a prescrições anteriores. Eles acreditam que, uma vez iniciado, não se deve suspender^{35,44}. Dentro deste contexto, os 32% de prescrições pelos médicos generalistas do Centro de Saúde denotam um envolvimento surpreendente deste profissional com o indivíduo que demonstra algum tipo de sofrimento psíquico.

Os benzodiazepínicos mais utilizados são aqueles com maior meia-vida. Clonazepam e diazepam foram os mais prevalentes, seguidos de benzodiazepínicos com meias-vida mais curtas ou intermediárias, como alprazolam e bromazepam. Estes resultados coincidem com dados da literatura, e também com a maior disponibilidade dessa classe medicamentosa na farmácia popular dos estados e municípios^{34,39}.

Pensando que o abuso de substâncias tende a ser maior com aqueles benzodiazepínicos de meias-vida mais curtas, e que em diferentes protocolos de retirada gradual é recomendando a substituição destes por outros de meia-vida mais longa, os resultados encontrados refletem relativa facilidade no processo de descontinuação. Entretanto, essa substituição por benzodiazepínicos de meia-vida longa só deve ser realizada no processo de descontinuação, e não para uso contínuo. Os benzodiazepínicos de meia vida longa exigem maior metabolismo hepático, podendo desencadear efeitos adversos e interações medicamentosas.^{47,48}

O presente estudo revela uma realidade bem diferente, ou seja, uso prolongado e inapropriado dos benzodiazepínicos de meia-vida longa, com prevalência de uso por mais de dez anos atingindo 36,7% da população. Outros

estudos brasileiros também obtiveram resultados semelhantes, como aquele realizado em capitais brasileiras em 2016, demonstrando que cerca de 22% de participantes usam benzodiazepínico há mais de 10 anos⁴⁹.

Quando se usa o benzodiazepínico em transtornos psiquiátricos, deve-se entendê-lo como adjuvante e temporário. Sempre que possível, deve-se iniciar a descontinuação. Em especial na população idosa, a possibilidade de polifarmácia e interação medicamentosa faz-se mister esse cuidado. O envelhecimento traz a tona aumento de risco de doenças crônicas e degenerativas na qual outras classes medicamentosas são usadas e podem interagir com benzodiazepínicos^{6,7}.

Interações medicamentosas que aumentam o efeito sedativo dos benzodiazepínicos ou que acarretam efeitos cardiovasculares (hipotensão ou bradicardia) pode representar risco de acidentes (quedas, por exemplo), depressão respiratória ou morte para os idosos. Medicamentos analgésicos do tipo opióides, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos ou antidepressivos são exemplos de classes que interagem daquela forma com os benzodiazepínicos^{1,7,14}.

As principais comorbidades clínicas também confirmam dados da realidade, apontando doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melitus como as mais prevalentes. Por isso, a polifarmácia é outra realidade que chama a atenção, sendo que o número de idosos desta pesquisa que usam mais de quatro tipos de medicamentos atinge os 46%.

Apesar de bem estabelecida, a retirada gradual ainda é estimulada de modo insuficiente⁷. Entretanto, neste estudo 41,4% da população que usa benzodiazepínico foram orientadas a iniciar o processo. Esse número é significativo, refletindo, talvez, a presença de médicos psiquiatras no Centro de Saúde estimulando a descontinuação. Entretanto, a falta da padronização de protocolos dificulta o sucesso na retirada.

De uma maneira global, a literatura não recomenda a retirada inicial de mais de 25% da dose do benzodiazepínico devido risco de sintomas de abstinência⁷, o que confunde o indivíduo a acreditar que esteja tendo uma recaída ou recorrência do quadro psiquiátrico de base e retome a dose anterior. Por isso, a retirada inferior a esses 25% é a conduta inicial a ser tomada, seguindo por retirada gradual na mesma proporção por tempo determinado pela

tolerância do paciente. Essa individualização na descontinuação apenas reflete o quão subjetivo e difícil é tal processo.

Entre aqueles que falharam no processo de retirada gradual, 44% o fizeram por retirada abrupta da dose e 32,4% fizeram a retirada gradual mas apresentaram possível recorrência do quadro psiquiátrico. Este último dado pode nos confundir, pois os casos de recorrência foram assim relatados pelo paciente, mas pode representar apenas sintomas de abstinência a uma diminuição de dose não tolerada pelo idoso. Nesses casos, talvez falte exatamente essa individualização da conduta e psicoeducação, entendida por educação em saúde para questões psicológicas.

As relações entre as diferentes variáveis do estudo evidencia algumas discussões importantes. A relação estatisticamente significativa entre o tipo de benzodiazepínico utilizado e o sexo refere-se aos benzodiazepínicos de meia-vida curta serem usados quase unanimemente pelo sexo feminino. Este dado aponta mais uma vez maior prevalência de abuso de benzodiazepínicos por mulheres, sendo estas também as mais prevalentes em transtornos mentais de uma maneira geral.

Outra relação significativa ocorreu entre a indicação clínica e o benzodiazepínico, demonstrando que esta classe continua sendo um adjuvante importante na prática médica. Entretanto, outra relação estatisticamente significativa entre o benzodiazepínico utilizado e o tempo de uso parece contraditória, pois os principais benzodiazepínicos utilizados são os de meia-vida mais longa e teoricamente mais facilmente retirados. Todavia, seu uso perpetua por tempo prolongado.

7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

Algumas limitações podem ser observadas no estudo. Em primeiro lugar, a seleção dos indivíduos participantes apresentou alguns entraves importantes na randomização: a própria pandemia como limitadora da procura pelos serviços de saúde em geral, ausência de prontuários eletrônicos e desatualização de dados dos usuários. Assim, a população estudada foi aquela que efetivamente buscou o serviço de saúde, quando se fez necessário. Os dados epidemiológicos não refletem a população idosa em geral, mas apenas a comunidade idosa que buscou o serviço em um período específico, uma vez que se tratava de um grupo de risco durante a pandemia.

Essas dificuldade na seleção dos indivíduos traz como perspectiva futura a informatização do prontuário e atualização de dados dos usuários neste Centro de Saúde. Os Sistemas de Informação em Saúde são de suma importância no conhecimento da realidade local, na elaboração de metas, acompanhamento do paciente e políticas públicas. Sem essas informações atualizadas, é muito difícil agir com equidade.

Após os resultados obtidos, uma grande inquietação que surgiu foi a necessidade urgente de implementar protocolos de descontinuação dos benzodiazepínicos. A literatura médica traz algumas propostas mas cada unidade e equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, agente de saúde, farmacêutico) pode elaborar um algoritmo próprio levando-se em consideração a realidade local, além de uma triagem específica para cada usuário, com o objetivo da prescrição medicamentosa adequada e somente quando necessária.

A prescrição e o acompanhamento é exclusivamente médico, mas a monitorização pode ser realizado por qualquer membro da equipe. Uma sequência de instruções ou comandos realizados de maneira sistemática com o objetivo de resolver esse problema pode diminuir os impactos observados nesse estudo.

8 CONCLUSÃO

Este estudo revela alta prevalência de uso de benzodiazepínicos na população idosa em um Centro de Saúde no interior baiano com atendimento de múltiplas especialidades, refletindo uma maior procura pelo serviço de idosos em sofrimento psíquico. Este aumento coincide com período de pandemia, quando as estatísticas de doenças mentais também aumentaram de modo geral.

Evidenciando que o consumo de benzodiazepínicos pelos idosos é um problema mundial, o estudo dessa temática é de grande importância para demonstrar e esclarecer os efeitos desses tipos de medicamentos e alertar profissionais de saúde quanto ao risco, principalmente com o avanço do envelhecimento no mundo. Essas discussões devem ser levantadas ainda nas escolas médicas, preparando o futuro médico quanto ao consumo racional de medicamentos, sempre baseado em evidências científicas. Propostas de políticas de maior rigor quanto a prescrição de benzodiazepínicos e controle através de órgãos regulatórios poderiam ser implementadas no intuito de frear esse consumo inapropriado de psicotrópicos.

Além disso, é possível estabelecer propostas de curto e longo prazo. Recomenda-se começar a estratégia imediata de descontinuação desse tipo de medicamento, especialmente em pacientes mais idosos e com doenças crônicas, e também estabelecer medidas preventivas de longo prazo, como por exemplo conscientização de jovens quanto a adoção de hábitos saudáveis com o objetivo de minimizar o aparecimento de doenças crônicas e alterações psicológicas que venham a levar a prescrição de algum tipo de benzodiazepínico futuramente.

Apesar de uma taxa surpreendente iniciar processo de descontinuação, as falhas ainda são elevadas. A descontinuação abrupta é uma medida radical e arriscada, sendo necessário realizar de forma gradual e respeitando a individualidade e necessidade de cada indivíduo, oferecendo apoio e outros meios de tratamento⁶. Esse fenômeno dialoga com a formação médica, as políticas públicas e os serviços de saúde. Pouca atenção ainda é direcionada ao tema, e por isso observa-se um consumo desenfreado e inapropriado desta classe medicamentosa.

Por fim, as equipes de saúde deveriam discutir essa realidade a nível local, estimulando a elaboração de projeto terapêutico singular para cada paciente, o trabalho multidisciplinar, a educação permanente e a prática de diferentes protocolos de descontinuação. O abuso de benzodiazepínicos se tornou um problema de saúde pública, e medidas emergenciais devem ser tomadas na mudança deste panorama.

REFERÊNCIAS

- 1-NUNES, B.S.; BASTOS, F.M. Efeitos colaterais atribuídos ao uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos. Rev. Saúde e Ciência em ação. Vol.3 n.1: 71-82, 2016.
- 2-PICTON, J. D.; MARINO, A. B.; NEALY, K.L. Benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly. Am J Health-Syst Pharm., v. 75, n. 1, p. e6-e12, 2018.
- 3-MARTINELLI, A.N. Rapid Fire: Polypharmacy in the Geriatric Patient. Emerg Med Clin North Am., v. 39, n. 2, p. 395-404, 2021.
- 4-ROBINSON, P. Pharmacology, polypharmacy and the older adult: a review. Br J Community Nurs., v. 26, n. 6, p. 290-295, 2021.
- 5-AMB - ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Abuso e dependência de benzodiazepínicos – Diretriz. São Paulo, 2013.
- 6-WILLIAMS, S.; *et al.* Rational deprescribing in the elderly. Ann Clin Psychiatry, v. 31, n. 2, p. 144-152, 2019.
- 7-OLIVEIRA, M.G.; AMORIM, W.W.; OLIVEIRA, C.R.B. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. Geriatr Gerontol Aging. 2016.
- 8-OLIVEIRA, H.S.B.; MANSO, M. E.G. Tríade iatrogênica em um grupo de mulheres idosas vinculadas a um plano de saúde. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 22, n. 1, e180188, 2019.
- 9-OLIVEIRA, J.; MOTA, L.A.; CASTRO, G.F.P. Uso indiscriminado dos benzodiazepínicos: A contribuição do farmacêutico para um uso consciente. Transformar, 7: 214-26, 2015.
- 10-SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A.; RUIZ, P. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e Psiquiatria Clínica. Tradução: Marcelo de Abreu Almeida et at. 11. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.
- 11-MOREIRA, P.; BORJA, A. Benzodiazepínicos: uso e abuso em pacientes idosos. Pesquisa e Extensão Oswaldo Cruz, 2017. Disponível em: http://revista.oswaldocruz.br/Content/pdf/Edicao_19_Pamella_Moreira.pdf. Acesso em: 22 nov. 2022.
- 12-STAHL, S.M. Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 698 p. Tommaso, A.B.G.; Moraes, N.S.; Cruz, E.C. & Kairalla, M.C. Geriatria: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.
- 13-WHALEN, K.; FINKEL, R.; PANAVELIL, T. A. Farmacologia ilustrada. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

14-ASSATO, C.P.; BORJA-OLIVEIRA, C.R. Psicofármacos potencialmente inapropriados para idosos. *Estud. Interdiscipl. Envelhec*, 20 (3): 687-701, 2015.

15-LINDNER, P.M. Benzodiazepínicos: uma revisão quanto aos aspectos farmacológicos, ao risco, dependência e abuso. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes, Rondônia, 2017.

16-CAMARGOS, M.C.S; GONZAGA, M.R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n. 7, p. 1460-1472, 2015.

17-SILVA, A.; PRÁ, K.R.D. Envelhecimento populacional no Brasil: olugar das famílias na proteção aos idosos. *Argumentum*, 6 (1): 99-115, 2014.

18-IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. Editoria: Estatísticas Sociais, Umberlândia Cabral: IBGE, 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20total%20do%20pa%C3%A4s,39%2C8%25%20no%20per%C3%ADodo>. Acesso em: 20 out 2022.

19-WORLD POPULATION PROSPECT. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Dynamics, 2019. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/PopPerc/60plus/76> Acesso em: 20 out. 2022.

20-DINIZ ALVES, J. E. Envelhecimento populacional continua e não há perigo de um geronticídio. Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais. UFJF. 21 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.ufjf.br/ladem/2020/06/21/envelhecimento-populacional-continua-e-nao-ha-perigo-de-um-geronticidio-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/#:~:text=O%20n%C3%BAmero%20de%20brasileiros%20idosos,foi%20de%2027%2C6%20vezes.> Acesso em: 20 out. 2022.

21-ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL. ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: Aspectos Conceituais: Gerência de Sistemas de Saúde / Unidade Técnica de Serviços de Saúde. Brasília: DF, 2012.

22-BRICOLA, S.A.P.C; GARCIA, V.S.; WALBER, T. & ARRUDA, M.M. Medicamentos: terapia segura. Editora Manole, Barueri, São Paulo, 2018.

23-TOMMASO, A.B.G.; MORAES, N.S.; CRUZ, E.C.; KAIRALLA, M.C. Geriatria: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

24-FIORELLI, K; ASSINI, F.L. A prescrição de benzodiazepínicos no Brasil: Uma revisão de literatura. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*. 42(1): 40-44, 2017.

25-MOURA, A.G.; MOURA, L.G.; GERON, V.L.M. A importância da atenção farmacêutica ao idoso. *Rev Cient FAEMA*, 8(1): 90-8, 2017.

26-CARVALHO, E.F. de. et al. Perfil de dispensação e estratégias para uso racional de psicotrópicos. 45f. Monografia (Linhas de Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

27-CHARLSON, F.; DEGENHARDT, L.; MCLAREN, J.; HALL, W., & LYNSKEY, M. A systematic review of research examining benzodiazepine-related mortality. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 18: 93-103, 2009.

28-WALKER, M.P. The role of slow wave sleep in memory processing. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. Vol. 5 n. 2: 20-26; 2009.

29-FIOCRUZ. Condições clínicas e agravos à saúde frequentes em pessoas idosas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

30-BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

31-MORAES, E.N.; MORAES, F.L.; LIMA, S.P.P. Principais Síndromes Geriátricas. *Revista Médica de Minas Gerais*, n.1, p. 56, 2010.

32-IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Municipal de 2021. IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/jequie.html>. Acesso em: 20 out 2022.

33-ALVARENGA, J.M.; FILHO, A.I. DE L.; FIRMO, J.O.A. A population based study on health conditions associated with the use of benzodiazepines among older adults. (The Bambui Health and Aging Study). Estudo de base populacional sobre condições de saúde associadas ao uso de benzodiazepínicos em idosos. *Proje. Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 25(3): 605-612, 2009.

34-ALVIM, M.M.; CRUZ, D.T.; VIEIRA, M.T.; BASTOS, R.R.; LEITE, I.C.G. Prevalência e fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da comunidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4):463-474, 2017.

35-MEDEIROS, J.S.A.; AZEVEDO, D.M.; PINTO, T.R.; SILVA, G.W.S. Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*, 31(3): 1-12, 2018.

36-MEZZARI, R. ISER, B.P.M. Desafios na prescrição de benzodiazepínicos em unidades básicas de saúde. *Rev AMRIGS*, 59(3):198-203, 2015.

37-PONTES CAL, SILVERIO LC. Abuso de benzodiazepínicos entre mulheres: o que esse fenômeno revela? *SANARE*, Sobral, (16)1:15-23, 2017.

- 38-PRADO, M.A.M.B.; FRANCISCO, P.M.S.B.; BARROS, M.B.A. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 26(4): 747-758, 2017.
- 39-NALOTO, D.C.C.; LOPES, F.C.; BARBERATO, F.S.; LOPES, L.C.; DEL FIOLE, F.S.; BERGAMASCHI, C.C. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro; 21(4):1267-1276, 2016.
- 40-OLFSON, M.D.; KING, M.; SCHOENBAUM, M. Benzodiazepine Use in the United States. *JAMA Psychiatry*, 72(2):136-42, 2015.
- 41-APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM V. São Paulo: Manole, 2015.
- 42-SANTOS, H.S.; NESTOR, A.G.S.; ABREU, B.S.; MODESTO, K.R. A utilização dos medicamentos psicotrópicos e seus fatores associados. *Rev Inic Cient Ext*, 1(1): 51-6, 2018.
- 43-SENICATO, C.; LIMA, M.G.; BARROS, M.B.A. Ser trabalhadora remunerada ou dona de casa associa-se à qualidade de vida relacionada à saúde? *Cad Saúde Pública*. Ago 2016; 32(8):e00085415. 2016.
- 44-MATTOS *et al.* Perfil de consumo de benzodiazepínicos e condições de saúde dos usuários na Estratégia Saúde da Família. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 65(4): 628-632, 2021.
- 45-CAMPANHA, A.M. Utilização de psicofármacos pela população total residente na região metropolitana de São Paulo. (Tese). São Paulo, Faculdade de Medicina de São Paulo; 2015.
- 46-FEGADOLLI, C.; VARELLA, N.M.D.; CARLINI, E.L.A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2019.
- 47-MENDER, K.C.C. O uso prolongado de benzodiazepínicos – Uma revisão de literatura [monografia]. Pompéu: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
- 48-SILVA, F.S.; MENEZES, P.M.N.; SÁ, M.S. Manuais de farmácia: farmacologia. Salvador: SANAR, 240p., 2016
- 49-AZEVEDO, A.J.P.; ARAÚJO, A.A.; FERREIRA, M.A.F. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva*. Jan; 21(1): 83-90, 2016.

ANEXOS

ANEXO A - Teste do Estado Mental

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora Aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou Rua próxima (1 ponto).....()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto).....()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Falar três palavras não relacionadas. Imediatamente depois perguntar ao paciente pelas mesmas. (1 ponto para cada palavra correta)()

ATENÇÃO E CÁLCULO

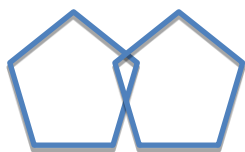
- (100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente
(1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente()
(1 ponto para palavra)

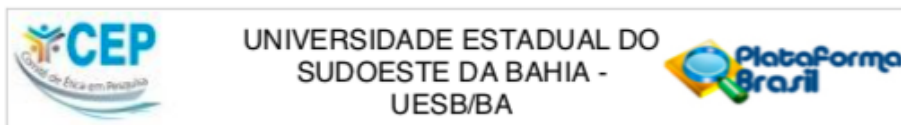
LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá (1 ponto)()
- Comando: “pegue este papel com a mão direita,
dobre-o ao meio e coloque no chão (3 pontos)()
- Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()



Escore.....()

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UMA AVALIAÇÃO DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM POPULAÇÃO IDOSA NO INTERIOR DA BAHIA

Pesquisador: JEFFERSON MEIRA PIRES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53261821.3.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.244.943

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo observacional de caráter descritivo-analítico que tem por objetivo avaliar a prescrição de benzodiazepínicos em população idosa em centro de saúde no interior da Bahia. Será descrita a prevalência de uso de benzodiazepínicos na população acessível, benzodiazepínicos mais utilizados, indicação médica, tempo de uso, tentativa de desmame e motivo de falha de descontinuação (se houver).

Objetivo da Pesquisa:

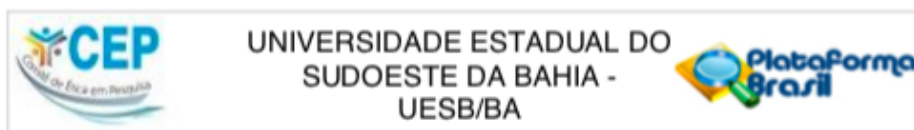
Objetivo primário:

- Avaliar a prescrição de benzodiazepínicos na população idosa em centro de saúde de múltiplas especialidades no interior da Bahia

Objetivos secundários:

- Descrever os benzodiazepínicos mais usados na prática em idosos, tempo de uso, indicação médica e especialidade médica que o prescreveu.
- Comprovar que a maioria dos idosos iniciam uso de benzodiazepínicos sem prescrição médica ou por médicos não psiquiatras;
- Descrever que a descontinuação dos benzodiazepínicos é dificilmente estimulada e, quando realizada, há alta taxa de falha.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.208-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 5244-943

- Avaliar os motivos de falha nessa descontinuação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS - MÍNIMOS

Os riscos dessa pesquisa são mínimos e refere-se ao fato de você se sentir constrangido em responder alguma pergunta.

MAS PARA EVITAR QUE ISSO ACONTEÇA, FAREMOS O SEGUINTE: (meios de evitar/minimizar os riscos):

Você poderá desistir de fazer parte dessa pesquisa, sem qualquer prejuízo caso sinta-se constrangido ou apenas não queira responder. A entrevista será registrada e, após finalizada, será guardada em um envelope diferente do que ficarão os termos de consentimento, de forma que não haja associação das respostas com nenhuma identificação. Tal procedimento será realizado sob suas vistas.

5.1 BENEFÍCIOS DIRETOS (aos participantes da pesquisa):

Caso tenha interesse e benefício da retirada deste medicamento, podemos iniciar uma tentativa de descontinuação. Tal procedimento será realizado sob supervisão e acompanhamento psiquiátrico realizado aqui mesmo nesta unidade.

5.2 BENEFÍCIOS INDIRETOS (à comunidade, sociedade, academia, ciência...):

O benefício dessa pesquisa é criar banco de dados quanto ao uso de benzodiazepínicos na população idosa em centro de saúde no interior da Bahia, bem como estimular profissionais médicos ao uso racional desta classe medicamentosa e, quando utilizado, realizar devido acompanhamento e retirada gradual no momento oportuno.

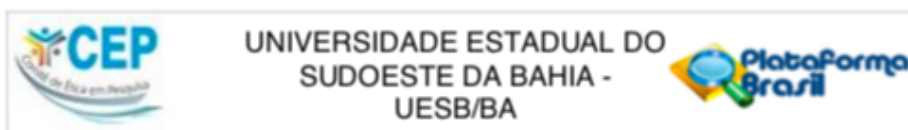
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

PROJETO DE PESQUISA/ MESTRADO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1840164.pdf

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
Bairro: Jequezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 5244.943

Projeto_mestrado_2021.pdf
 Carta_de_anuencia_atualizada.pdf
 Banco_de_dados_Declaracao.pdf
 pag2_seres_humanos_declaracao.pdf
 seres_humanos_declaracao.pdf
 TCLE.pdf
 FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA_2021.pdf
 ENTREVISTA ESTRUTURADA.pdf

Recomendações:

Ver conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram corrigidas e o projeto está aprovado. O pesquisador precisa apenas estar atento à seguinte solicitação:

Relatórios:

- Durante a execução do projeto e ao seu final, anexar na Plataforma Brasil os respectivos relatórios parciais e final, de acordo com o que consta na Resolução CNS 466/12 (itens II.19, II.20, XI.2, alínea d) e Resolução CNS 510/16 (artigo 28, inciso V).

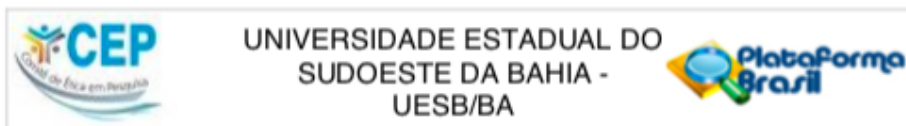
Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião realizada no dia 11/02/2022, por videoconferência autorizada pela CONEP, a plenária deste CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1840164.pdf	07/12/2021 23:21:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_2021.pdf	07/12/2021 23:18:04	JEFFERSON MEIRA PIRES	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_atualizada.pdf	07/12/2021 23:11:47	JEFFERSON MEIRA PIRES	Aceito
Outros	Banco_de_dados_Declaracao.pdf	07/12/2021 23:10:47	JEFFERSON MEIRA PIRES	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
Bairro: Jequezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIÉ
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepj@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 5244.943

Outros	pag2_seres_humanos_declaracao.pdf	07/12/2021 23:09:40	JEFFERSON MEIRA PIRES	Aceito
Outros	seres_humanos_declaracao.pdf	07/12/2021 23:08:59	JEFFERSON MEIRA PIRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/12/2021 22:52:05	JEFFERSON MEIRA PIRES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA_2021.pdf	08/10/2021 11:02:40	JEFFERSON MEIRA PIRES	Aceito
Outros	ENTREVISTA_ESTRUTURADA.pdf	07/10/2021 21:53:23	JEFFERSON MEIRA PIRES	Aceito
Parecer Anterior	PARECER_ANTERIOR.pdf	07/10/2021 21:48:03	JEFFERSON MEIRA PIRES	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_PMJ.pdf	07/10/2021 21:46:49	JEFFERSON MEIRA PIRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROJETO_MESTRADO.pdf	07/10/2021 21:41:04	JEFFERSON MEIRA PIRES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 15 de Fevereiro de 2022

Assinado por:

Leandra Eugenia Gomes de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
 Bairro: Jequezinho CEP: 45.206-510
 UF: BA Município: JEQUIE
 Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6883 E-mail: cepjq@uesb.edu.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - Entrevista Estruturada



Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Ocupação: _____

Escolaridade: _____

Estado civil: _____

1. Usa ou já usou algum medicamento controlado tarja-preta?

Sim

Não

2. Qual destes usa?

Diazepam

Clonazepam

Alprazolam

Bromazepam

Lorazepam

Outros

3. Por que você começou a tomar esses medicamentos?

Depressão

Ansiedade

Dificuldade para dormir

Esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos

Outros

4. Ha quanto tempo usa esse medicamento?

- <1 ano
- 1-5 anos
- 5-10 anos
- >10 anos

5. Quem prescreveu esse medicamento?

- Médico generalista
- Psiquiatra
- Neurologista
- Cardiologista
- Ortopedista
- Reumatologista
- Uso por conta própria
- Outros

6. Tem outras doenças clinicas?

- Não tenho
- DM
- HAS
- Doenças cardiovasculares
- Hepatopatia
- Doenças renais
- Doenças endócrinas
- Doenças autoimunes
- Outras

7. Ao todo, quantos medicamentos toma?

1-2

3-4

5-6

>7

8. Algum profissional já tentou fazer a retirada dos medicamentos controlados?

Sim

Não

Não se aplica

9. Conseguiu fazer a retirada do medicamento completo?

Sim

Não

Não se aplica

10. Se já tentou parar o medicamento, por que falhou?

Retirada abrupta

Retirada inicial > 25%

Retirada inicial < 25% mas não tolerou sintomas de abstinência iniciais

Sucesso inicial de retirada gradual mas recorrência do quadro

Não se aplica

APÊNDICE B - Carta de Anuência da Unidade de Saúde/Secretaria Municipal de Jequié



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE ALMERINDA LOMANTO



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito e a quem possa interessar, que o servidor Jefferson Meira Pires, trabalha no Centro de Saúde Almerinda Lomanto exercendo o cargo de médico psiquiatra no Programa de Saúde Mental desta Unidade.

Sendo assim, eu Juliana Moreira Rocha enfermeira Coordenadora do CSAL autorizo o mesmo a realizar a coleta de dados primários (diretamente com os pacientes) bem como os secundários (nos respectivos prontuários) para ser utilizado no meu Projeto de Mestrado Intitulado "Avaliação do Uso de Benzodiazepínicos na População Idosa em Unidade de Saúde do Interior da Bahia", no período de janeiro a agosto de 2022.

Jequié (BA), 03 de dezembro de 2021


Juliana Moreira Rocha
Enf.º Coord. UBS Almerinda Lomanto
Decreto nº 22.097

Juliana Moreira Rocha
Enfermeira Coordenadora do CSAL

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Conforme Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

CARO(A) SENHOR(A),

Este documento é um CONVITE ao(a) Senhor(a) (ou à pessoa pela qual o(a) Sr.(a) é responsável) para participar da pesquisa abaixo descrita. Por favor, leia atentamente todas as informações abaixo e, se você estiver de acordo, rubricue as primeiras páginas e assine a última, na linha “Assinatura do participante”.

1. QUEM SÃO AS PESSOAS RESPONSÁVEIS POR ESTA PESQUISA?

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: **Jefferson Meira Pires**
ORIENTADOR/ORIENTANDO:

2. QUAL O NOME DESTA PESQUISA, POR QUE E PARA QUE ELA ESTÁ SENDO FEITA?

<p>1. TÍTULO DA PESQUISA</p> <p>Uma avaliação do uso de benzodiazapínico em população idosa no interior da Bahia</p>
<p>2. POR QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Justificativa):</p> <p>O objetivo de nossa pesquisa é analisar o uso desse tipo de medicamento (benzodiazepínico, medicamento controlado tarja preta) na população idosa, usado muito comumente para induzir sono ou para ansiedade.</p>
<p>3. PARA QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Objetivos).</p> <p>Avaliar a prescrição desse tipo de medicamento na população idosa, descrevendo os representantes mais usados, o tempo de uso, a indicação médica e especialidade médica que o prescreveu. Além disso, queremos comprovar que a maioria dos idosos iniciam uso desse medicamento sem prescrição médica ou por médicos não psiquiatras. Por fim, avaliaremos se a descontinuação (“desmame”) é estimulada, e os motivos de falha nessa descontinuação (quando tentada).</p>

3. O QUE VOCÊ (OU O INDIVÍDUO SOB SUA RESPONSABILIDADE) TERÁ QUE FAZER? ONDE E QUANDO ISSO ACONTECERÁ? QUANTO TEMPO LEVARÁ? (Procedimentos Metodológicos)

3.1 O QUE SERÁ FEITO:

Caso concorde em participar da pesquisa, você responderá a uma entrevista estruturada, na qual serão coletadas informações sobre você (idade, sexo, estado civil, raça autodeclarada, renda familiar, doenças clínicas que faz tratamento, hábitos de vida), seguida de coleta de dados acerca do uso ou não de benzodiazepínico, qual medicamento usado, tempo que usa, qual a indicação médica para o uso, especialidade médica que o prescreveu e, por fim, se a retirada gradual alguma vez foi orientada ou tentada e motivo de falha na descontinuação (se houve)

3.2 ONDE E QUANDO FAREMOS ISSO:

Realizaremos essa coleta neste momento, durante sua consulta psiquiátrica, no Centro de Saúde Almerinda Lomanto.

3.3 QUANTO TEMPO DURARÁ CADA SESSÃO:

45 min no máximo

4. HÁ ALGUM RISCO EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA?

Segundo as normas que tratam da ética em pesquisa com seres humanos no Brasil, sempre há riscos em participar de pesquisas científicas. No caso desta pesquisa, classificamos o risco como sendo

MÍNIMO

MODERADO

ALTO

4.1 NA VERDADE, O QUE PODE ACONTECER É: (detalhamento dos riscos)

Os riscos dessa pesquisa são mínimos e refere-se ao fato de você se sentir constrangido em responder alguma pergunta.

4.2 MAS PARA EVITAR QUE ISSO ACONTEÇA, FAREMOS O SEGUINTE: (meios de evitar/minimizar os riscos):

Você poderá desistir de fazer parte dessa pesquisa, sem qualquer prejuízo caso sinta-se constrangido ou apenas não queira responder. A entrevista será registrada e, após finalizada, será guardada em um envelope diferente do que ficarão os termos de consentimento, de forma que não haja associação das respostas com nenhuma identificação. Tal procedimento será realizado sob suas vistas.

5. O QUE É QUE ESTA PESQUISA TRARÁ DE BOM? (Benefícios da pesquisa)

5.1 BENEFÍCIOS DIRETOS (aos participantes da pesquisa):

Caso tenha interesse e benefício da retirada deste medicamento, podemos iniciar uma tentativa de descontinuação. Tal procedimento será realizado sob supervisão e acompanhamento psiquiátrico realizado aqui mesmo nesta unidade.

5.2 BENEFÍCIOS INDIRETOS (à comunidade, sociedade, academia, ciência...):

O benefício dessa pesquisa é criar banco de dados quanto ao uso de benzodiazepínicos na população idosa em centro de saúde no interior da Bahia, bem como estimular profissionais médicos ao uso racional desta classe medicamentosa e, quando utilizado, realizar devido acompanhamento e retirada gradual no momento oportuno.

6. MAIS ALGUMAS COISAS QUE O(A) SENHOR(A) PODE QUERER SABER (Direitos dos participantes):

1. Recebe-se dinheiro ou é necessário pagar para participar da pesquisa?

R: *Nenhum dos dois. A participação na pesquisa é voluntária.*

2. Mas e se acabarmos gastando dinheiro só para participar da pesquisa?

R: *O pesquisador responsável precisará lhe ressarcir estes custos.*

3. E se ocorrer algum problema durante ou depois da participação?

R: *Voce pode solicitar assistência imediata e integral e ainda indenização ao pesquisador e à universidade.*

4. É obrigatório fazer tudo o que o pesquisador mandar? (Responder questionário, participar de entrevista, dinâmica, exame...)

R: *Não. Só se precisa participar daquilo em que se sentir confortável a fazer.*

5. Dá pra desistir de participar no meio da pesquisa?

R: *Sim. Em qualquer momento. É só avisar ao pesquisador.*

6. Há algum problema ou prejuízo em desistir?

R: *Nenhum.*

7. Os participantes não ficam expostos publicamente?

R: *Não. A privacidade é garantida. Os dados podem ser publicados ou apresentados em eventos, mas o nome e a imagem dos voluntários são sigilosos e, portanto, só serão conhecidos pelos pesquisadores.*

8. Depois de apresentados ou publicados, o que acontecerá com os dados e com os materiais coletados?

R: *Serão arquivadas por 5 anos com o pesquisador e depois destruídos.*

9. Qual a "lei" que fala sobre os direitos do participante de uma pesquisa?

R.: *São, principalmente, duas normas do Conselho Nacional de Saúde: a Resolução CNS 466/2012 e a 510/2016. Ambas podem ser encontradas facilmente na internet.*

10. E se eu precisar tirar dúvidas ou falar com alguém sobre algo acerca da pesquisa?

R: *Entre em contato com o(a) pesquisador(a) responsável ou com o Comitê de ética. Os meios de contato estão listados no ponto 7 deste documento.*

7. CONTATOS IMPORTANTES:**Pesquisador(a) Responsável: JEFFERSON MEIRA PIRES**

Endereço: Rua José Moreira Sobrinho, s/n. Bairro Jequezinho. CEP 45200-000

Fone: (73) 3528-9600 (colegiado de medicina) / E-mail: uedjat@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB)

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequezinho. Jequié-BA. CEP 45208-091.

Fone: (73) 3528-9727 / E-mail: cepjq@uesb.edu.br

Horário de funcionamento: Segunda à sexta-feira, das 08:00 às 18:00

8. CLÁUSULA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Concordância do participante ou do seu responsável)Declaro, para os devidos fins, que estou ciente e concordo em participar do presente estudo; com a participação da pessoa pela qual sou responsável.

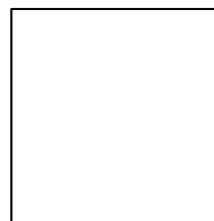
Ademais, confirmo ter recebido uma via deste termo de consentimento e asseguro que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Jequié, _____

9. CLÁUSULA DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaro estar ciente de todos os deveres que me competem e de todos os direitos assegurados aos participantes e seus responsáveis, previstos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, bem como na Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Asseguro ter feito todos os esclarecimentos pertinentes aos voluntários de forma prévia à sua participação e ratifico que o início da coleta de dados dar-se-á apenas após prestadas as assinaturas no presente documento e aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, competente.

Jequié, _____

*Assinatura do(a) pesquisador*_____
Assinatura do(a) participante (ou da pessoa por ele responsável)

Debates em Psiquiatria

← Back to Submissões

482 / Meira Pires / Avaliação do uso de benzodiazepínicos em população idosa no interior da Bahia Biblioteca da Submissão

Fluxo de Trabalho **Publicação**

Submissão **Avaliação** Edição de Texto Editoração

Arquivos da Submissão Q Buscar

▶	1934	ARTIGO.REVISTADEBATES.docx	2023 fevereiro 18	Texto do Artigo
---	------	----------------------------	-------------------------	-----------------

[Baixar Todos os Arquivos](#)

Discussão da pré-avaliação [Adicionar comentários](#)

Nome	De	Última resposta	Respostas	Fechado
Nenhum item				



Antônio Geraldo da Silva via

15:31

Para: Jefferson Meira Pires >

[RDP] Agradecimento pela submissão

Jefferson Meira Pires:

Obrigado por submeter o manuscrito, "Avaliação do uso de benzodiazepínicos em população idosa no interior da Bahia" ao periódico Debates em Psiquiatria. Pelo sistema de gestão de periódicos on-line que estamos usando, o **OJS** [*Open Journal Systems*], você poderá acompanhar seu progresso através do processo editorial efetuando login no site do periódico:

URL da Submissão: <https://revistardp.org.br/revista/authorDashboard/submission/482>

Usuário: uedjat

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato conosco. Agradecemos por considerar [Debates em Psiquiatria](#) para publicar o seu trabalho.

Antônio Geraldo da Silva

Avaliação do uso de benzodiazepínicos em população idosa no interior da Bahia

Evaluation of the use of benzodiazepines in an elderly population in the interior of Bahia

Evaluación del uso de benzodiazepinas en una población anciana del interior de Bahia

Jefferson Meira Pires*

* Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - EBMSP, Salvador, Bahia - Brasil
Rua José Moreira Sobrinho, s/n. Bairro Jequiezinho. CEP 45200-000 Jequié,
Bahia - Brasil. Fone: (73) 3528-9600 (colegiado de medicina)
e-mail: jeffersonmeira.pos@bahiana.edu.br
Orcid: 0000-0003-0874-0946

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prescrição de benzodiazepínicos na população idosa em Centro de Saúde no interior da Bahia. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo observacional e transversal, que incluiu idosos acima de 60 anos. Foi realizado uma seleção da população, atendendo critérios de inclusão e exclusão, levantamento epidemiológico através de uma entrevista estruturada e um Teste de Estado Mental para avaliar nível cognitivo. Os dados foram analisados utilizando o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), versão 14.0, sendo que as variáveis foram expressas em frequência e percentuais e, para comparação entre as mesmas, foi utilizado o Teste do Qui Quadrado e estabelecido valor de $p < 0,05$ para demonstrar significância estatística. **Resultados:** A taxa de uso de benzodiazepínicos nesta população foi de 65%, com predominância do clonazepam (39,1%) e diazepam (29,7%). Os especialistas que mais prescreveram os benzodiazepínicos foram psiquiatras (53,9%) e médicos generalistas (32%). Dentre os idosos que utilizam benzodiazepínicos, 41,4% foram orientados a fazer uma tentativa de descontinuação, e destes, 35,8% conseguiram realizar retirada completa. Dentre aqueles que tentaram e não obtiveram sucesso, as principais causas de falha foram a retirada abrupta (44,1%) e recorrência dos sintomas durante a retirada gradual (32,4%). **Conclusões:** O estudo demonstrou alta prevalência de uso de benzodiazepínico em idosos nesta amostra, o baixo estímulo à prática de descontinuação desses medicamentos, tendendo ao abuso com o envelhecimento. Diante disso, estratégias de descontinuação dos benzodiazepínicos devem ser estimuladas assim como o treinamento de toda a equipe no enfrentamento deste problema de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE

Benzodiazepinas, prevalência, idosos.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the prescription of benzodiazepines in the elderly population in a Health Center in the interior of Bahia. **Methods:** This is a descriptive, observational and cross-sectional study, which included elderly people over 60 years old. A selection of the population was carried out, meeting the inclusion and exclusion criteria, an epidemiological survey through a structured interview and a Mental State Test to assess the cognitive level. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences software (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), version 14.0, and the variables were expressed in frequency and percentages and, for comparison between them, the Test of the Chi Square and p value <0.05 established to demonstrate statistical significance. **Results:** The rate of benzodiazepine use in this population was 65%, with a predominance of clonazepam (39.1%) and diazepam (29.7%). The specialists who most prescribed benzodiazepines were psychiatrists (53.9%) and general practitioners (32%). Among the elderly who use benzodiazepines, 41.4% were instructed to make a discontinuation attempt, and of these, 35.8% managed to complete complete withdrawal. Among those who tried and were unsuccessful, the main causes of failure were abrupt withdrawal (44.1%) and recurrence of symptoms during gradual withdrawal (32.4%). **Conclusions:** The study demonstrated a high prevalence of benzodiazepine use in the elderly in this sample, the low incentive to discontinue these medications, tending to abuse with aging. Therefore, strategies to discontinue benzodiazepines should be encouraged, as well as the training of the entire team in dealing with this public health problem.

KEYWORDS

Benzodiazepines, prevalence, elderly.

INTRODUÇÃO

Os fármacos benzodiazepínicos surgiram na década de 1950 como hipnóticos e ansiolíticos, prometendo substituir outros medicamentos com risco potencial de intoxicação aguda, como os barbitúricos. Seu uso em espaço de tempo limitado é seguro e sua ação de início rápido favoreceu o tratamento de diversos transtornos psiquiátricos, visto que antidepressivos e antipsicóticos, por exemplo, não tem a mesma rapidez de início de ação¹.

Atualmente o uso de benzodiazepínicos é considerado adjuvante importante em vários transtornos psiquiátricos. Na população idosa, os benzodiazepínicos são principalmente usados como ansiolíticos e hipnóticos em portadores de depressão, transtornos de ansiedade e demências. O tempo de uso tende a ser prolongado, com dificuldade na retirada e risco aumentado de efeitos colaterais, abuso e dependência².

A população idosa é extremamente susceptível aos efeitos negativos dos benzodiazepínicos devido ao risco de polifarmácia e interação medicamentosa, doenças clínicas e psiquiátricas comórbidas, incapacidades, risco de quedas da própria altura e problemas psicossociais. Por isso, a indicação destas drogas nesta população deve ser constantemente revisada^{3,4}.

Consensos internacionais demonstram que o uso acima de 12 semanas já caracteriza uso crônico, e que uso superior a esse período deve ser evitado. A dependência química é caracterizada por persistência do uso e dificuldade na retirada apesar de problemas relacionados à substância, tolerância e síndrome de abstinência. Além disso, uso crônico de benzodiazepínicos pode levar a efeitos adversos como ataxia, amnésia, sedação e mudança no padrão da arquitetura do sono⁵.

Contudo, mesmo quando bem indicado o uso de benzodiazepínicos em idosos, há uma resistência por parte de pacientes, familiares e mesmo por parte dos profissionais de saúde em realizar a retirada gradual⁶. Ainda há perpetuação da cultura de renovação de receita médica apenas pelo fato do paciente já usar a medicação por longo tempo, conseqüente ao medo dos efeitos da abstinência se tentado o “desmame”, que segundo consensos internacionais é a melhor forma de tratamento da síndrome de dependência.

No entanto, é notável que a assistência ao idoso é um fator que ainda precisa ser muito melhorado, e deve ser tratado com cautela e individualismo. Antes de qualquer prescrição medicamentosa, deve-se levar em consideração o envelhecimento fisiológico do indivíduo, analisando os possíveis riscos e benefícios, além de questões educacionais, econômicas e culturais que podem impactar diretamente no tratamento⁶.

Vista atual situação do uso dos benzodiazepínicos no mundo, a psicoeducação na retirada gradual dos mesmos precisa ser estimulada nos serviços de saúde. Não apenas psiquiatras, mas médicos clínicos e outros profissionais da área da saúde precisam ser treinados para este “desmame”, que às vezes pode durar mais de seis meses, além da prescrição exagerada e desnecessária desse tipo de medicamento^{2,7,8}. Desse modo o presente artigo buscou avaliar a prescrição de benzodiazepínicos na população idosa em Centro de Saúde no interior da Bahia.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de estudo observacional, prospectivo, de caráter descritivo e transversal. Os estudos observacionais permitem compreender a realidade de um fenômeno sem a interferência do pesquisador, sendo excelente opção de metodologia para estudos de prevalência.

Cenário da pesquisa

A presente pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Almerinda Lomanto, localizado no município de Jequié, sudoeste da Bahia, a 370,6 Km de Salvador, com área territorial de 2.969,039 km². Sua população é estimada em 156.277 habitantes e apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,665³².

Com serviço público de saúde oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Jequié (SMSJ), conveniada ao Serviço Único de Saúde (SUS), compreende atendimento clínico e especializado em diversas especialidades, como psiquiatria, ginecologia, reumatologia, cardiologia, ortopedia, serviço de atenção ao paciente com tuberculose. Além disso, oferta atividades próprias da atenção primária (serviço de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, serviço de farmácia, serviço de práticas integrativas e complementares, serviço de triagem neonatal, serviço de coleta de materiais biológicos e teleconsultoria).

Seleção da população, critérios de inclusão e exclusão

A pesquisa foi realizada com idosos (idade acima de 60 anos segundo OMS) com aptidão para responder as questões de entrevista estruturada ou cuidadores que os auxiliassem (APÊNDICE A). Foram excluídos idosos com perda cognitiva e sem acompanhante.

Procedimentos para Coleta de Dados e análise

Algumas dificuldades foram encontradas no início da coleta de dados. A pesquisa foi realizada no período crítico da pandemia, o que dificultou o acesso aos idosos participantes da pesquisa, sendo eles grupo de risco, e sua procura ao serviço de saúde era realizado em momentos de grande necessidade. Além disso, alguns entraves dificultou a randomização de prontuário para a coleta de dados: ausência de prontuário eletrônico e prontuários físicos desatualizados desde a abertura da unidade (arquivo morto coexistindo com prontuários ativos).

O objetivo foi revelar o perfil epidemiológico da população que efetivamente procurou e utilizou o serviço de saúde em questão. Portanto, na medida que o indivíduo buscasse por atendimento médico, desde que atendesse aos critérios de elegibilidade e concordasse em participar da pesquisa, seria direcionado para entrevista estruturada. Para aqueles participantes com nível cognitivo abaixo da normalidade para responder à entrevista estruturada, a presença de um acompanhante/cuidador foi solicitada, como prática rotineira do serviço.

O Teste de Estado Mental (ANEXO A) foi realizado para avaliação deste nível cognitivo. É um exame breve do estado mental, compreendendo um questionário de 30 pontos para rastrear perdas cognitivas. A pontuação bruta foi corrigida de acordo com a escolaridade. Em pessoas com mais de 11 anos de escolaridade considera-se a função cognitiva afetada quando a pontuação é \leq

27, numa pessoa com 1 a 11 anos de escolaridade considera-se que a cognição está afetada quando ≤ 22 e numa pessoa analfabeta quando ≤ 15 (DUQUE *et al.*, 2012).

As variáveis avaliadas compreenderam sexo, grau de instrução, raça autodeclarada, principais comorbidades, benzodiazepínicos mais utilizados, tempo médio de uso, principais indicações médicas de uso dos mesmos, tentativa de retirada gradual e motivo de falha de descontinuação (se houvesse).

As variáveis elencadas na entrevista estruturadas foram aquelas consideradas mais relevantes na literatura médica, como as indicações psiquiátricas, as comorbidades clínicas, os benzodiazepínicos utilizados e as especialidades médicas que o prescreveram. Estas variáveis foram autorreferidas, levando em consideração alguns critérios: 1) Nas indicações clínicas/psiquiátricas, foram considerados critérios do DSM V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Edição V), principal instrumento validado internacionalmente para definição de critérios diagnósticos dos transtornos mentais. A variável “insônia” era pontuada apenas se fosse considerada primária, ou seja, se outra condição psiquiátrica não a justificasse. 2) Para comorbidades clínicas (como *Diabetes Mellitus* (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Doenças cardiovasculares, entre outros), foram consideradas o quadro clínico associado ao uso de medicamentos específicos (exemplos: hipoglicemiantes na DM, Anti-hipertensivos na HAS). 3) Para as especialidades, a linguagem coloquial foi considerada (exemplo: “médico do coração”, “médico da tireóide”, “médico dos ossos”). Para evitar efeito de confusão, quando autorreferido “médico de cabeça” o participante era questionado se o médico trata doenças mentais ou não.

Plano de análise estatística

Para elaboração do banco de dados e análise descritiva foi utilizado o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), versão 14.0 for Windows. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas. As variáveis categóricas foram expressas em frequências e percentuais. As variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas em média e desvio padrão; e aquelas com distribuição não-normal, em mediana e intervalo interquartil. A normalidade das variáveis numéricas foi verificada através da estatística descritiva, análise gráfica e do teste Kolmogorov- Smirnov.

O teste qui-quadrado foi utilizado para comparação entre os grupos das variáveis sexo, uso de benzodiazepínicos, tipo de benzodiazepínico utilizado, indicação médica, tempo de uso, tentativa de descontinuação e profissional médico que o prescreveu. Para todas as análises univariadas foi estabelecido valor de $p \leq 0,05$ como definição de significância estatística. Os resultados foram demonstradas através de gráficos ou tabelas. Esses resultados foram comparados com dados da literatura.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisada Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) (Parecer Número 5.244.943) (ANEXO B).

Além disso, foi solicitada anuência da Secretaria de Saúde de Jequié para coleta de dados na Unidade de Saúde Almerinda Lomanto (APÊNDICE B). Todos os idosos que concordaram que participar da pesquisa assinaram o

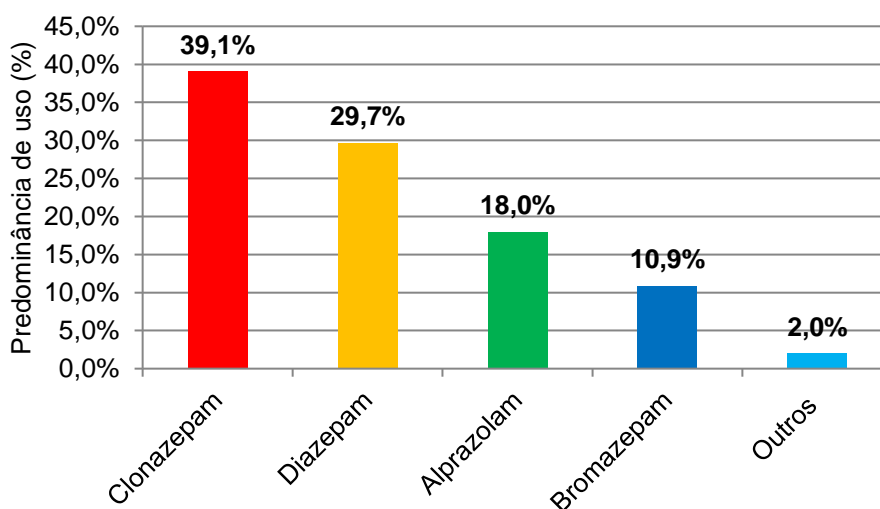
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Aqueles participantes analfabetos assinaram por impressão digital.

RESULTADOS

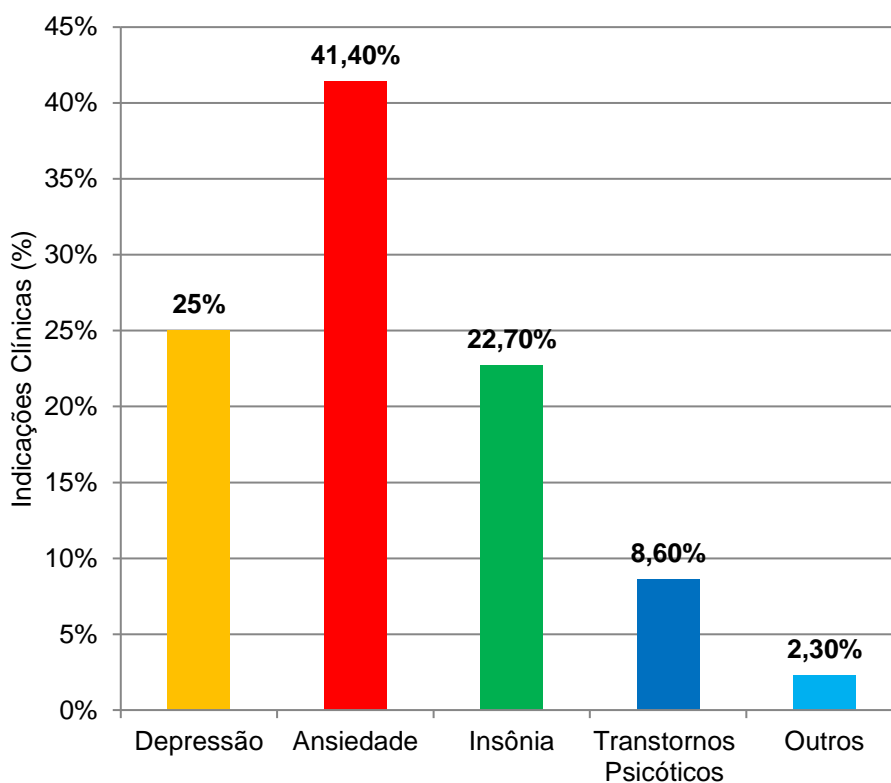
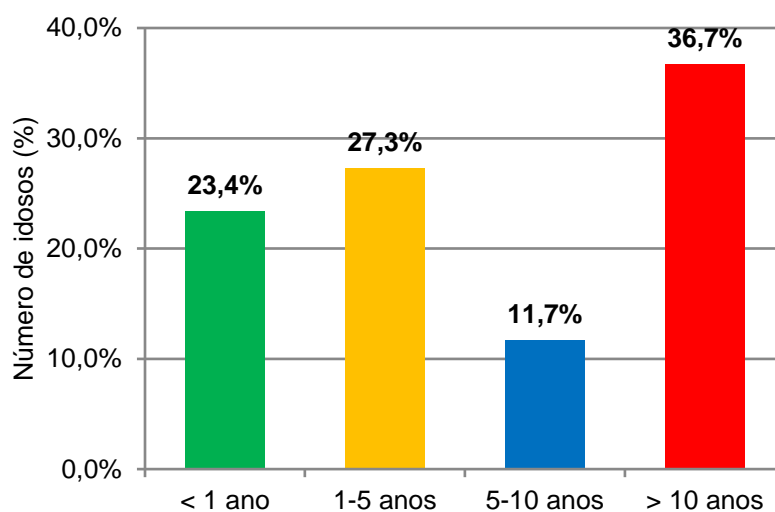
Considerando-se uma prevalência estimada de 15% de idosos com critérios para uso prolongado/abuso/dependência aos benzodiazepínicos na população geral, estimou-se 196 participantes para o presente estudo, levando em consideração $\pm 5\%$ de precisão e alfa de 5%. O perfil epidemiológico da população idosa neste estudo foi caracterizado por idade média de $69 \pm 8,1$ anos, prevalência de 76% do sexo feminino, e maioria aposentada (77%). Apresentam estado civil variado, sendo 25% viúvos, 31,6% solteiros e 43,4% casados.

O nível de escolaridade encontrado foi de 34,7% de analfabetos, 37,8% com ensino fundamental incompleto, 13,8% com ensino fundamental completo, e 13,8% chegaram ao ensino médio. Dos 196 idosos que participaram da pesquisa, 65% fez uso de algum tipo de Benzodiazepínico, com predominância de clonazepam (39,1%) diazepam (29,7%), alprazolam (18%) e bromazepam (10,9%) (**Gráfico 1**).

Gráfico 1: Benzodiazepínicos mais utilizados na população idosa.

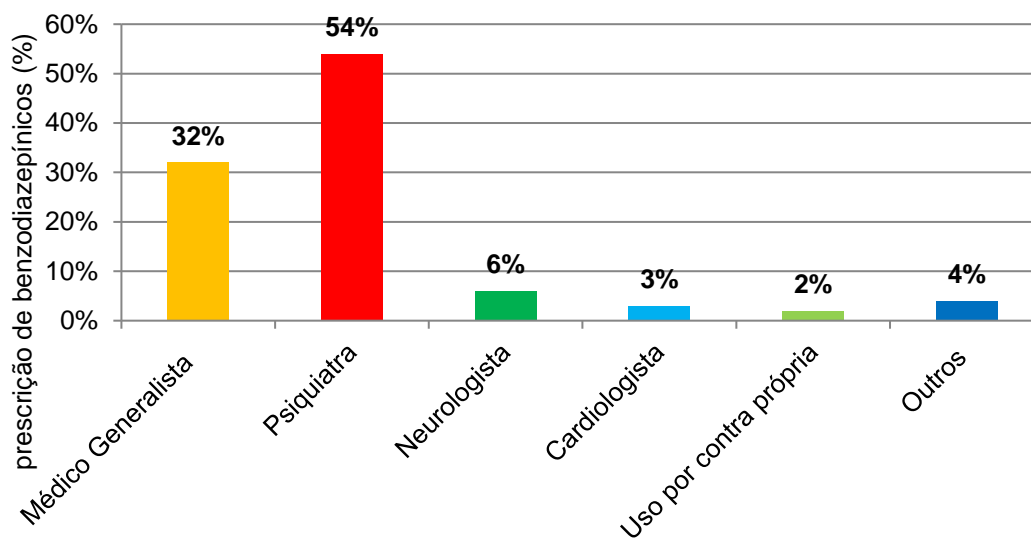


As principais indicações clínicas para tal uso são depressão (25%), ansiedade (41,4%) e insônia (22,7%), (**Gráfico 2**) sendo que o número de idosos que ultrapassaram 10 anos de uso foi de 36,7% (**Gráfico 3**).

Gráfico 2: Principais indicações clínicas dos benzodiazepínicos**Gráfico 3:** Tempo de uso de benzodiazepínicos na população idosa

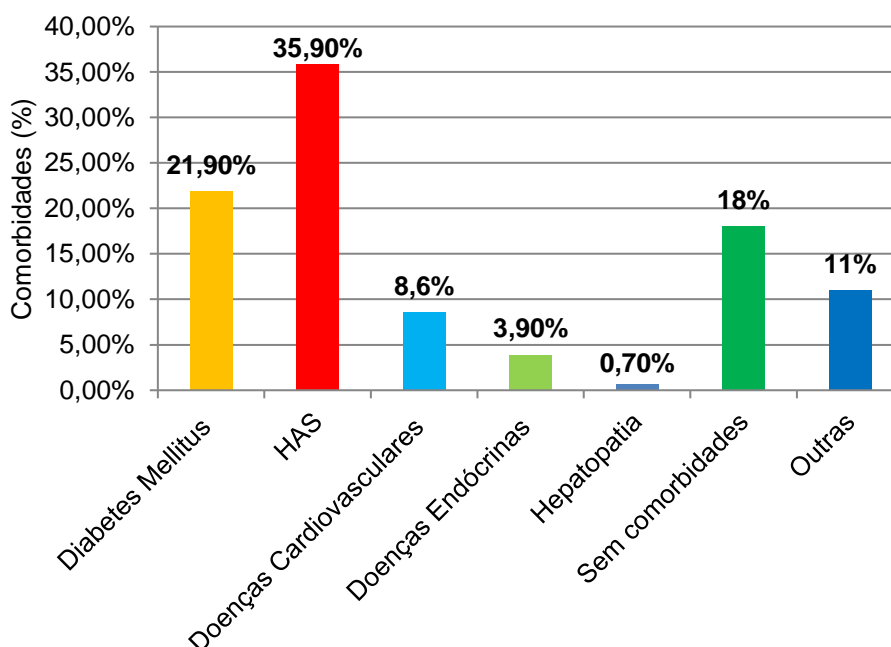
Os especialistas médicos que mais prescreveram esta classe medicamentosa foram psiquiatras (53,9%) seguidos por médicos generalistas (32%) (**Gráfico 4**).

Gráfico 4: Principais especialidades médicas que prescrevem benzodiazepínicos



Em relação aos idosos que utilizam benzodiazepínicos, 18% não apresentam comorbidades clínicas, sendo que as condições mais prevalentes foram HAS (35,9%), DM (21,9%), doenças cardiovasculares (8,6%) e doenças endócrinas (3,9%) (**Gráfico 5**). Portanto, o uso de outros medicamentos é rotineiro, sendo que o número de indivíduos que usam cerca de quatro medicamentos atinge 46,1%.

Gráfico 5: Principais comorbidades na população idosa



Dentre a população que usa benzodiazepínicos, 41,4% (n=53) já foram orientados a fazer uma tentativa de descontinuação, sendo que 35,8% conseguiram realizar a retirada completa. Daqueles que falharam na descontinuação, 44,1% fizeram retirada abrupta e 32,4% realizaram

descontinuação progressiva mas apresentaram recorrência do quadro e foi reintroduzido o benzodiazepínico (**Tabela 1**).

Tabela 1: Motivo de falha na descontinuação dos benzodiazepínicos em idosos

Forma de retirada	Número absoluto	Percentagem (%)
Retirada Abrupta	15	44,1
Retirada inicial >25%	4	11,8
Retirada <25% mas intolerância a abstinência inicial	4	11,8
Sucesso na retirada mas recorrência do quadro	11	32,4

Não houve relação estatisticamente significativa entre o sexo e uso de benzodiazepínico ($p=0,8$), mas foisignificante a relação entre o tipo de benzodiazepínico utilizado e o sexo ($p=0,05$). Ainda foi estatisticamente significativa a relação entre a indicação clínica e o benzodiazepínico usado ($p=0,02$) e relação estreita entre o benzodiazepínico utilizado e o tempo de uso ($p<0,001$).

DISCUSSÃO

Na amostra do estudo (n = 196), foi observada prevalência de 65% de uso de benzodiazepínicos na população. Esses números impressionam, pois, destoam da prevalência de dados da literatura médica. Os índices internacionais e nacionais giram em torno de 15 a 20%⁹. Entretanto, a revisão bibliográfica realizada para este estudo não continha estudos que analisassem esta população no período de pandemia.

Esta prevalência reflete a realidade de um período único da história mundial (pandemia por Covid-19). Alguns estudos relatam que os índices de doenças mentais cresceram assustadoramente neste período, especialmente ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e distúrbios do sono. Estes quadros relacionam-se diretamente à infecção pelo Covid-19 (mediada por citocinas pró-inflamatórias), risco iminente de morte, perda de familiares, isolamento social, complicações de outras condições clínicas negligenciadas pelos serviços de saúde, dentre outros. Assim, o idoso, considerado grupo de risco no período de pandemia, estava mais susceptível ao desenvolvimento de doenças mentais e usar mais medicamentos psicotrópicos.

A predominância do sexo feminino neste estudo concorda com estudos prévios^{10,11,17}. Esses índices dialogam com a maior prevalência de transtornos psiquiátricos na população feminina e com a maior procura de serviços de saúde por este público^{18,20}. O papel da mulher na sociedade com o acúmulo de múltiplas tarefas (tais como carreira, cuidados com a família e domicílio) pode contribuir no aumento de problemas relacionados à saúde mental na população feminina^{20,21}.

Uma característica importante observada foi o baixo nível de instrução da população, refletindo diretamente o nível socioeconômico e também encontrado em outros estudos brasileiros^{11,12,22}. Desse modo, muitas vezes a falta de conhecimento pode levar o indivíduo a consumir um tipo de medicamento de forma incorreta, podendo levar a reações adversas. No presente estudo, a soma de analfabetos e indivíduos com ensino fundamental incompleto representam mais de 70% da amostra.

As principais indicações clínicas de uso dos benzodiazepínicos são diversas. Porter um medicamento de ação rápida, é usado de forma adjuvante no tratamento de diferentes transtornos psiquiátricos até o tratamento de base surtir efeito. Os resultados encontrados também coincidem com os dados da literatura, apontando a depressão, transtornos ansiosos e insônia primária como as principais indicações clínicas.

Diferentemente do esperado como hipótese do presente estudo, os médicos psiquiatras foram os maiores prescritores. O fácil acesso a este especialista no Centro de Saúde explica tais resultados. Outros estudos brasileiros também demonstram o mesmo resultado, apontando o médico especialista como principal prescritor^{12,21,23}. Em estudo sobre práticas profissionais no Brasil e Cuba acerca do uso e abuso de benzodiazepínicos, os profissionais da Atenção Primária de Saúde dificilmente iniciam um tratamento, mas dão continuidade a prescrições anteriores. Eles acreditam que, uma vez iniciado, não se deve suspender^{12,21}. Dentro deste contexto, os 32% de

prescrições pelos médicos generalistas do Centro de Saúde denotam um envolvimento surpreendente deste profissional com o indivíduo que demonstra algum tipo de sofrimento psíquico.

Os benzodiazepínicos mais utilizados são aqueles com maior meia-vida. Clonazepam e diazepam foram os mais prevalentes, seguidos de benzodiazepínicos com meias-vida mais curtas ou intermediárias, como alprazolam e bromazepam. Estes resultados coincidem com dados da literatura, e também com a maior disponibilidade dessa classe medicamentosa na farmácia popular dos estados e municípios^{11,16}.

Pensando que o abuso de substâncias tende a ser maior com aqueles benzodiazepínicos de meias-vida mais curtas, e que em diferentes protocolos de retirada gradual é recomendando a substituição destes por outros de meia-vida mais longa, os resultados encontrados refletem relativa facilidade no processo de descontinuação. Entretanto, essa substituição por benzodiazepínicos de meia-vida longa só deve ser realizada no processo de descontinuação, e não para uso contínuo. Os benzodiazepínicos de meia vida longa exigem maior metabolismo hepático, podendo desencadear efeitos adversos e interações medicamentosas²⁴.

O presente estudo revela uma realidade bem diferente, ou seja, uso prolongado e inapropriado dos benzodiazepínicos de meia-vida longa, com prevalência de uso por mais de dez anos atingindo 36,7% da população. Outros estudos brasileiros também obtiveram resultados semelhantes, como aquele realizado em capitais brasileiras em 2016, demonstrando que cerca de 22% de participantes usam benzodiazepínico há mais de 10 anos²⁵.

Quando se usa o benzodiazepínico em transtornos psiquiátricos, deve-se entendê-lo como adjuvante e temporário. Sempre que possível, deve-se iniciar a descontinuação. Em especial na população idosa, a possibilidade de polifarmácia e interação medicamentosa faz-se mister esse cuidado. O envelhecimento traz à tona aumento de risco de doenças crônicas e degenerativas na qual outras classes medicamentosas são usadas e podem interagir com benzodiazepínicos^{6,7}.

Interações medicamentosas que aumentam o efeito sedativo dos benzodiazepínicos ou que acarretam efeitos cardiovasculares (hipotensão ou bradicardia) pode representar risco de acidentes (quedas, por exemplo), depressão respiratória ou morte para os idosos. Medicamentos analgésicos do tipo opióides, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos ou antidepressivos são exemplos de classes que interagem daquela forma com os benzodiazepínicos^{1,7,26}.

As principais comorbidades clínicas também confirmam dados da realidade, apontando doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melitus como as mais prevalentes. Por isso, a polifarmácia é outra realidade que chama a atenção, sendo que o número de idosos desta pesquisa que usam mais de quatro tipos de medicamentos atinge os 46%.

Apesar de bem estabelecida, a retirada gradual ainda é estimulada de modo insuficiente⁷. Entretanto, neste estudo 41,4% da população que usa

benzodiazepínico foram orientadas a iniciar o processo. Esse número é significativo, refletindo, talvez, a presença de médicos psiquiatras no Centro de Saúde estimulando a descontinuação. Entretanto, a falta da padronização de protocolos dificulta o sucesso na retirada.

De uma maneira global, a literatura não recomenda a retirada inicial de mais de 25% da dose do benzodiazepínico devido risco de sintomas de abstinência⁷, o que confunde o indivíduo a acreditar que esteja tendo uma recaída ou recorrência do quadro psiquiátrico de base e retome a dose anterior. Por isso, a retirada inferior a esses 25% é a conduta inicial a ser tomada, seguindo por retirada gradual na mesma proporção por tempo determinado pela tolerância do paciente. Essa individualização na descontinuação apenas reflete o quão subjetivo e difícil é tal processo.

Entre aqueles que falharam no processo de retirada gradual, 44% o fizeram por retirada abrupta da dose e 32,4% fizeram a retirada gradual mas apresentaram possível recorrência do quadro psiquiátrico. Este último dado pode nos confundir, pois os casos de recorrência foram assim relatados pelo paciente, mas pode representar apenas sintomas de abstinência a uma diminuição de dose não tolerada pelo idoso. Nesses casos, talvez falte exatamente essa individualização da conduta e psicoeducação, entendida por educação em saúde para questões psicológicas.

As relações entre as diferentes variáveis do estudo evidenciam algumas discussões importantes. A relação estatisticamente significativa entre o tipo de benzodiazepínico utilizado e o sexo refere-se aos benzodiazepínicos de meia-vida curta serem usados quase unanimemente pelo sexo feminino. Este dado aponta mais uma vez maior prevalência de abuso de benzodiazepínicos por mulheres, sendo estas também as mais prevalentes em transtornos mentais de uma maneira geral.

Outra relação significativa ocorreu entre a indicação clínica e o benzodiazepínico, demonstrando que esta classe continua sendo um adjuvante importante na prática médica. Entretanto, outra relação estatisticamente significativa entre o benzodiazepínico utilizado e o tempo de uso parece contraditória, pois os principais benzodiazepínicos utilizados são os de meia-vida mais longa e teoricamente mais facilmente retirados. Todavia, seu uso perpetua por tempo prolongado.

CONCLUSÃO

Evidenciando que o consumo de benzodiazepínicos pelos idosos é um problema mundial, o estudo dessa temática é de grande importância para demonstrar e esclarecer os efeitos desses tipos de medicamentos e alertar profissionais de saúde quanto ao risco, principalmente com o avanço do envelhecimento no mundo. Essas discussões devem ser levantadas ainda nas escolas médicas, preparando o futuro médico quanto ao consumo racional de medicamentos, sempre baseado em evidências científicas. Propostas de políticas de maior rigor quanto a prescrição de benzodiazepínicos e controle através de órgãos regulatórios poderiam ser implementadas no intuito de frear esse consumo inapropriado de psicotrópicos.

Além disso, é possível estabelecer propostas de curto e longo prazo. Recomenda-se começar a estratégia imediata de descontinuação desse tipo de medicamento, especialmente em pacientes mais idosos e com doenças crônicas, e também estabelecer medidas preventivas de longo prazo, como por exemplo a conscientização de jovens quanto a adoção de hábitos saudáveis com o objetivo de minimizar o aparecimento de doenças crônicas e alterações psicológicas que venham a levar a prescrição de algum tipo de benzodiazepínico futuramente.

Apesar de uma taxa surpreendente iniciar processo de descontinuação, as falhas ainda são elevadas. A descontinuação abrupta é uma medida radical e arriscada, sendo necessário realizar de forma gradual e respeitando a individualidade e necessidade de cada indivíduo, oferecendo apoio e outros meios de tratamento⁶. Esse fenômeno dialoga com a formação médica, as políticas públicas e os serviços de saúde. Pouca atenção ainda é direcionada ao tema, e por isso observa-se um consumo desenfreado e inapropriado desta classe medicamentosa.

Por fim, as equipes de saúde deveriam discutir essa realidade a nível local, estimulando a elaboração de projeto terapêutico singular para cada paciente, o trabalho multidisciplinar, a educação permanente e a prática de diferentes protocolos de descontinuação. O abuso de benzodiazepínicos se tornou um problema de saúde pública, e medidas emergenciais devem ser tomadas na mudança deste panorama.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial a todos que de alguma forma contribuíram na elaboração deste manuscrito, em especial ao corpo docente da pós-graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, aos profissionais de saúde da Unidade de Saúde Almerinda Lomanto, e a todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa e contribuir na construção da Ciência.

REFERÊNCIAS

- 1 Nunes BS, Bastos FM. Efeitos colaterais atribuídos ao uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos. *Rev. Saúde e Ciência em ação*. 2016;3(1):71-82.
- 2 Picton JD, Marino AB, Nealy KL. Benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly. *Am J Health-Syst Pharm*. 2018;75(1):6-12. <https://doi.org/10.2146/ajhp160381>.
- 3 Martinelli AN. Rapid Fire: Polypharmacy in the Geriatric Patient. *Emerg Med Clin North Am*. 2021;39(2):395-404. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2021.01.001>.
- 4 Robinson P. Pharmacology, polypharmacy and the older adult: a review. *Br J Community Nurs*. 2021;26(6):290-295. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2021.26.6.290>.
- 5 BRASIL. Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes. Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos realizado pela Associação Brasileira de Psiquiatria. São Carlos do Pinhal, São Paulo, 2008. <https://amb.org.br/files/BibliotecaAntiga/abuso-e-dependencia-dos-benzodiazepinicos.pdf>. Acessado 20 set 2022.
- 6 Williams S, Miller G, Khoury R, Grossberg GT.. Rational deprescribing in the elderly. *Ann Clin Psychiatry*. 2019;31(2):144-152.
- 7 Oliveira MG, Amorim WW, Oliveira CRB, Coqueiro HL, Gusmão LC, Passos LC. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. *Geriatr Gerontol Aging*. 2016;10(4):168-81. <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520161600054>.
- 8 Oliveira HSB, Manso MEG. Tríade iatrogênica em um grupo de mulheres idosas vinculadas a um plano de saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2019;22(1):180-188. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180188>.
- 9 Alvarenga JM, Filho AI de L; Firmo JOA. A population based study on health conditions associated with the use of benzodiazepines among older adults. (The Bambui Health and Aging Study). Estudo de base populacional sobre condições de saúde associadas ao uso de benzodiazepínicos em idosos. *Proje. Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2009;25(3):605-612. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300015>.
- 10 Fiorelli K, Assini FL. A prescrição de benzodiazepínicos no Brasil: Uma revisão de literatura. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*. 2017;42(1): 40-44. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.948>.
- 11 Alvim MM, Cruz DT, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Prevalência e fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da comunidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017;20(4):463-474. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170042>.

12 Medeiros JSA, Azevedo DM, Pinto TR, Silva GWS. Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018;31(3):1-12. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7670>.

13 Mezzari R, Iser BPM. Desafios na prescrição de benzodiazepínicos em unidades básicas de saúde. *Rev AMRIGS*. 2015;59(3):198-203.

14 Pontes CAL, Silveira LC. Abuso de benzodiazepínicos entre mulheres: o que esse fenômeno revela? *Sanare*. 2017;16(1):15-23. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1089/600>. Acessado 20 set 2022.

15 Prado MAMB, Francisco PMSB, Barros MBA. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017;26(4):747-758. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000400007>.

16 Naloto DCC, Lopes FC, Barberato FS, Lopes LC, Del Fiol FS, Bergamaschi CC. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2016;21(4):1267-1276. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.10292015>.

17 Olfson MD, King M, Schoenbaum M. Benzodiazepine Use in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(2):136-42. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1763>.

18 American Psychiatric Association (APA). Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. <http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acessado 20 set 2022.

19 Santos H da S, Nestor AG da S. A utilização dos medicamentos psicotrópicos e seus fatores associados. *Rev Inic Cient Ext*. 2018;1(1):51-6. <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/48>. Acessado 20 set 2022.

20 Senicato C, Lima MG, Barros MBA. Ser trabalhadora remunerada ou dona de casa associa-se à qualidade de vida relacionada à saúde? *Cad Saúde Pública*. 2016;32(8):e00085415. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00085415>.

21 Mattos M de, Curcio L de A, Souza JK dos R e, Alarcon PP, Santos DA da S, Goulart LS, Castro LS. Perfil de consumo de benzodiazepínicos e condições de saúde dos usuários na Estratégia Saúde da Família. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre. 2021;65(4):628-632. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1391944/ao-2951.pdf>. Acessado 20 set 2022.

22 Campanha AM. Utilização de psicofármacos pela população geral residente na região metropolitana de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2015. <https://doi.org/10.11606/T.5.2015.tde-09062015-15301>.

23 Fegadolli C, Varella NMD, Carlini ELA. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. Cad. Saúde Pública. 2019;35(6):e00097718. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00097718>.

24 Mender KCC. O uso prolongado de benzodiazepínicos – Uma revisão de literatura [monografia]. Pompéu: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.

25 Azevedo AJP, Araújo AA, Ferreira MAF. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. Ciênc. saúde coletiva. 2016;21(1):83-90. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.15532014>.

26 ASSATO, C.P.; BORJA-OLIVEIRA, C.R. Psicofármacos potencialmente inapropriados para idosos. Estud. Interdiscipl. Envelhec. 2015;20(3):687-701. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.38548>.

ANEXOS

Gráfico 1: Benzodiazepínicos mais utilizados na população idosa.

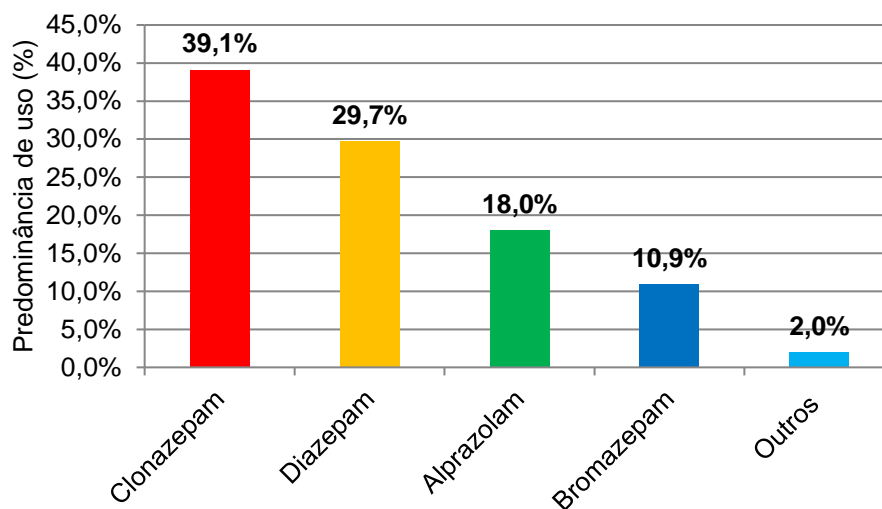


Gráfico 2: Principais indicações clínicas dos benzodiazepínicos

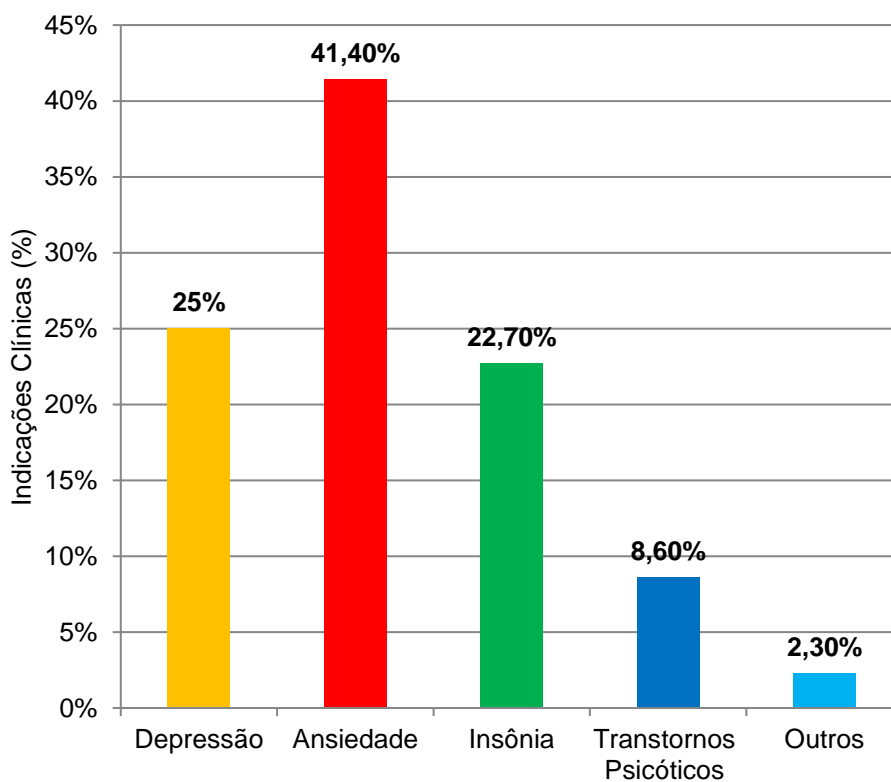


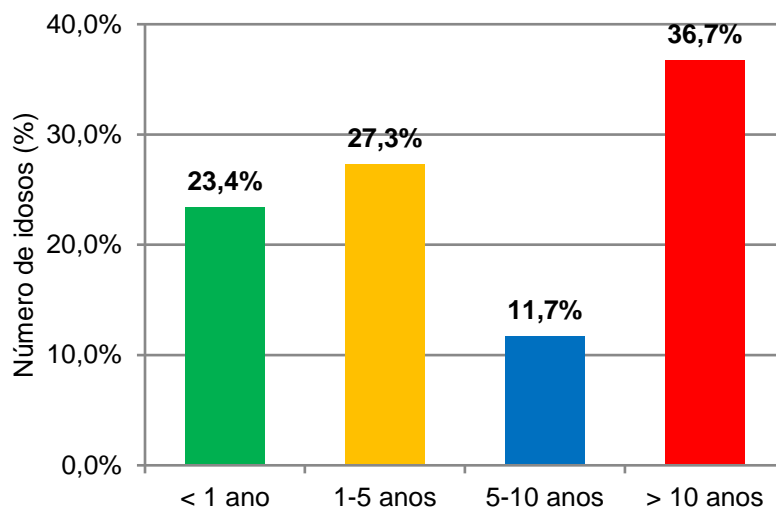
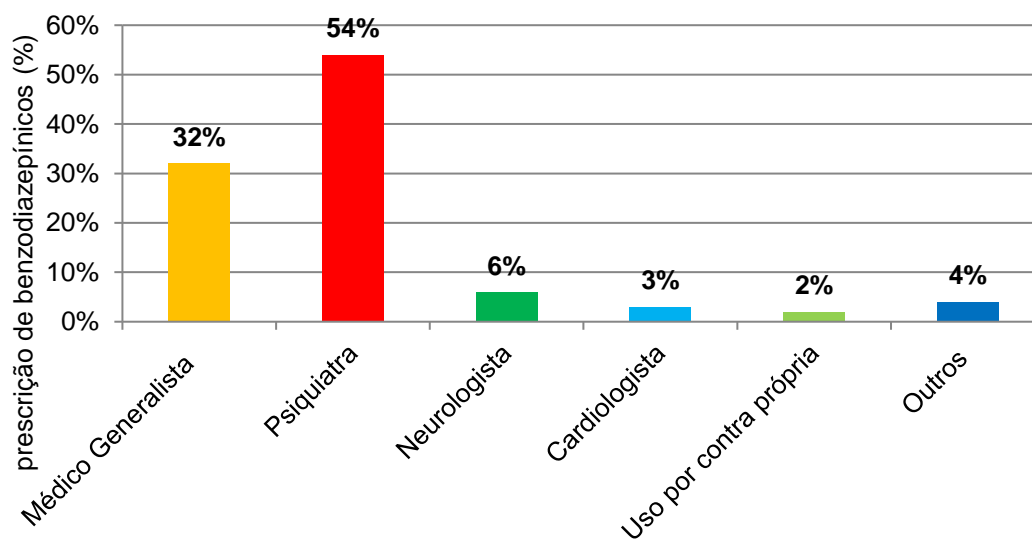
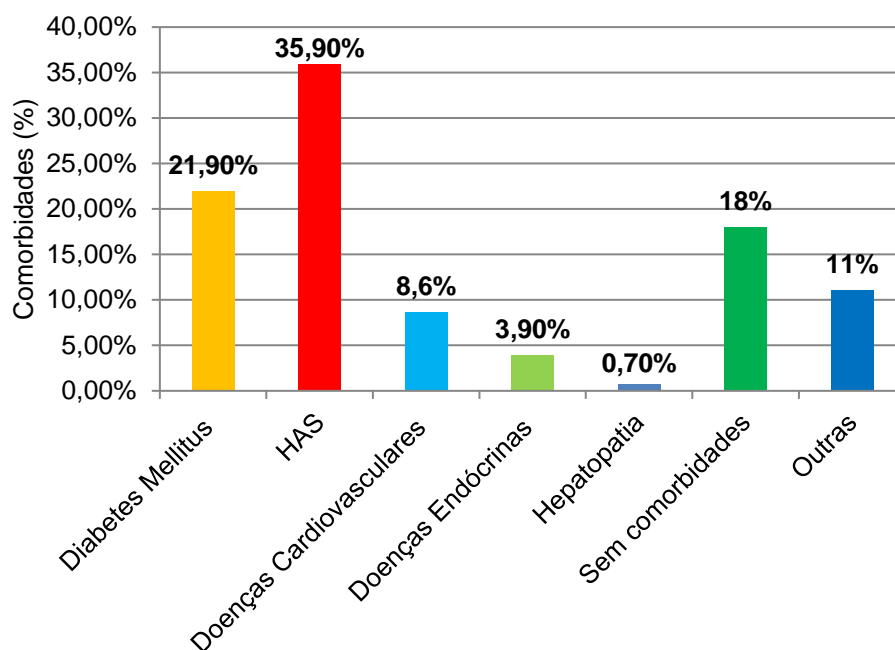
Gráfico 3: Tempo de uso de benzodiazepínicos na população idosa**Gráfico 4:** Principais especialidades médicas que prescrevem benzodiazepínicos

Gráfico 5: Principais comorbidades na população idosa**Tabela 1:** Motivo de falha na descontinuação dos benzodiazepínicos em idosos

Forma de retirada	Número absoluto	Porcentagem (%)
Retirada Abrupta	15	44,1
Retirada inicial >25%	4	11,8
Retirada <25% mas intolerância a abstinência inicial	4	11,8
Sucesso na retirada mas recorrência do quadro	11	32,4