



Prevalência e fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da comunidade

Prevalence of and factors associated with benzodiazepine use in community-resident elderly persons

Mariana Macedo Alvim¹
Danielle Teles da Cruz²
Marcel de Toledo Vieira³
Ronaldo Rocha Bastos³
Isabel Cristina Gonçalves Leite²

Resumo

Objetivo: avaliar a prevalência e os fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da comunidade. **Método:** Estudo transversal, realizado por meio de inquérito domiciliar, com 423 idosos de Juiz de Fora, MG, Brasil. Para análise dos fatores associados ao desfecho, foi utilizado o modelo de regressão de Poisson, baseado no modelo teórico de determinação com blocos hierarquizados. As variáveis foram ajustadas dentro de cada bloco, permanecendo no modelo final aquelas com nível de significância de 5%. **Resultado:** A prevalência de uso de benzodiazepínicos foi de 18,3% (IC95% 15,2-21,6). A maioria dos benzodiazepínicos utilizados possui meia vida de eliminação longa (59,2%) e o tempo de uso foi considerado prolongado em 85,5% dos usuários. Dentre os usuários de benzodiazepínicos, 38,4% também utilizavam antidepressivos. O uso de desses fármacos se mostrou associado à presença de transtornos mentais e comportamentais autorrelatados, polifarmácia e realização de consulta médica nos últimos três meses. **Conclusão:** O uso de benzodiazepínicos foi considerado elevado entre idosos. A redução da prescrição deve ser avaliada de forma individualizada, considerando as alterações fisiológicas dos idosos e os efeitos adversos dos medicamentos, a fim de minimizar prescrições inadequadas.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Saúde do Idoso. Estudos Transversais. Benzodiazepinas.

Abstract

Objective: to assess the prevalence of and factors associated with the use of benzodiazepines in elderly persons living in the community. **Method:** a cross-sectional study was conducted through a household survey of 423 elderly persons from Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. To analyze the factors associated with the outcome, the Poisson regression model was used, based on the theoretical model of determination with hierarchical blocks. The variables were adjusted within each block, with those with a 5% significance level

Keywords: Aging. Health of the Elderly. Cross-Sectional Studies. Benzodiazepines.

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora. Programa de pós graduação em Saúde Coletiva. Juiz de Fora, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Juiz de Fora. Departamento de Saúde Coletiva. Juiz de Fora, MG, Brasil.

³ Universidade Federal de Juiz de Fora. Departamento de Estatística. Juiz de Fora, MG, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), nº 480163/2012-0

Correspondência/Correspondence

Mariana Macedo Alvim.

E-mail: marianalvim_5@hotmail.com

remaining in the final model. *Result:* The prevalence of benzodiazepine use was 18.3% (95% CI 15.2 to 21.6). Most benzodiazepines used had a long-elimination half-life (59.2%) and use was considered long in 85.5% of users. Among benzodiazepine users 38.4% also used antidepressants. The use of these drugs was associated with the presence of self-reported mental and behavioral disorders, polypharmacy and medical visits in the last three months. *Conclusion:* The use of benzodiazepines was considered high among the elderly. The reduction in the prescription of these drugs should be assessed individually, considering the physiological alterations of the elderly and the adverse effects of drugs, in order to minimize incorrect prescriptions.

INTRODUÇÃO

Na velhice, o aumento da susceptibilidade a doenças crônicas, incapacidades, problemas psicossociais e comorbidades são mais prevalentes. Com o envelhecimento populacional aumenta-se a preocupação em relação aos cuidados de saúde mental, devido principalmente à alta prevalência de transtornos mentais na população idosa, particularmente transtornos de humor e ansiedade¹.

O uso de medicamentos é uma das principais formas de tratamento para o controle e prevenção das condições crônicas de saúde mais prevalentes, principalmente no caso dos idosos. O elevado uso de medicamentos torna os idosos mais suscetíveis aos riscos de polifarmácia e de problemas relacionados à farmacoterapia².

Dentre os medicamentos utilizados pelos idosos, destaca-se o uso crônico de psicofármacos, sobretudo os hipnóticos, os sedativos e os ansiolíticos da classe dos benzodiazepínicos, devido à constante insônia e ansiedade que acometem o grupo. O uso crônico de psicofármacos pode gerar graves consequências, como aumento das interações medicamentosas, reações adversas, desenvolvimento de dependência e tolerância. O elevado consumo de medicamentos, sobretudo de psicofármacos, pode estar relacionado com a redução da capacidade funcional e conseguinte baixa qualidade de vida³.

O uso elevado de psicotrópicos deixa clara a necessidade de intervenção⁴. Entre os fármacos psicotrópicos, destacam-se os benzodiazepínicos, cuja popularização do uso evidenciou novos problemas, decorrentes principalmente do uso inadequado. A dependência química dos benzodiazepínicos com

todas as implicações inerentes a esses quadros passaram a constituir grande preocupação para a saúde pública.

O uso prolongado de benzodiazepínicos está associado a muitos efeitos adversos, incluindo sedação, amnésia, deterioração cognitiva e ataxia, além de estar associado com um maior número de quedas⁵. Acrescenta-se ainda o desenvolvimento de dependência psicológica nos usuários crônicos de benzodiazepínicos, e tanto os médicos quanto os pacientes têm dificuldade em implementar protocolos para reduzir o uso. Muitos pacientes negam ou minimizam os efeitos colaterais, ou expressam relutância em arriscar sofrer sem a medicamento⁶.

Torna-se essencial compreender os padrões de utilização de medicamentos pela população idosa, com o objetivo de estabelecer caminhos para seu uso racional, melhoria da qualidade de vida e manutenção da capacidade funcional. Diante do exposto, o estudo apresenta como objetivo avaliar a prevalência de uso de benzodiazepínicos em idosos e os fatores associados.

MÉTODO

O presente estudo origina-se de um estudo observacional de seguimento, com idosos residentes na região da Zona Norte da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. O presente estudo faz parte da segunda onda de corte transversal. A Zona Norte é a região com a maior disponibilidade territorial na área urbana e o segundo maior quantitativo populacional do município, além de agregar o maior quantitativo de bairros, concentração de assentamentos subnormais e de programas sociais⁷.

Os dados foram obtidos por meio de dois inquéritos domiciliares, realizados em 2010 e 2014-2015. Os indivíduos foram selecionados através de amostragem por conglomerado, sendo que as subunidades primárias de amostragem foram os setores censitários. Devido o inquérito atual possuir múltiplos desfechos, o tamanho amostral foi calculado com base na prevalência de 50%, deff 1,5 (considerando efeito de estratificação e cluster) e nível de significância de 95%.

Todos os idosos participantes do primeiro inquérito (ano 2010) foram revisitados. As perdas ao longo dos anos decorridos incluíram alteração de endereço sem possibilidade de identificar o novo endereço, situação em que o idoso não foi encontrado após três tentativas de contato em horário e dias diferentes, e recusa. As perdas não foram diferenciais. Para compensar as perdas, foi usado o método *oversample*⁸, respeitando a amostragem por conglomerados. Assim, 248 idosos incluídos na amostra de 2010 participaram do presente estudo, além de 175 novos idosos, sendo a pesquisa composta por 423 indivíduos.

O questionário utilizado foi padronizado e testado previamente. A coleta de dados foi realizada no domicílio dos idosos, entre os meses de setembro de 2014 e março de 2015. Foi realizado controle de qualidade das informações coletadas, no qual 10% da amostra foram avaliadas por nova entrevista parcial. O Miniexame do Estado Mental (MEEM) foi utilizado para rastreamento de comprometimento cognitivo⁹. Idosos que não atingiram o mínimo estabelecido para o estudo¹⁰, tiveram o questionário respondido pelo cuidador/familiar. No caso de outro respondente, questões de autopercepção não foram respondidas. Na ausência de outro respondente, o idoso foi excluído do estudo.

A variável dependente foi o uso contínuo de benzodiazepínicos. As variáveis independentes foram selecionadas com base no referencial teórico¹¹⁻¹⁴, sendo agrupadas em três blocos. No primeiro bloco foram incluídas variáveis sociodemográficas (determinantes distais), responsáveis por condicionar as variáveis dos demais blocos. No segundo bloco (determinantes intermediários) foram incluídas variáveis relacionadas à saúde do idoso. No terceiro bloco foram alocadas as variáveis relacionadas aos serviços de saúde.

As variáveis de cada bloco incluem: Bloco 1) variáveis sociodemográficas: sexo; idade; escolaridade; etnia (branca, preta, amarela, parda, indígena); situação conjugal (solteiro, casado/união estável, viúvo, separado/divorciado, outro); arranjo domiciliar (reside sozinho ou acompanhado); Bloco 2) variáveis referentes à saúde do idoso: percepção de saúde, visão e audição (excelente, muito bom, bom, regular e ruim); comorbidades autorrelatadas (classificadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID 10), incluindo doenças do sistema nervoso, transtornos mentais e comportamentais; fragilidade, mensurada de acordo com escala de Edmonton¹⁵ (não apresenta fragilidade, aparentemente vulnerável, fragilidade leve, fragilidade moderada e fragilidade severa); capacidade funcional para realização de atividades instrumentais de vida diária (AIVD), classificada pela escala de Lawton-Brody¹⁶ (dependência importante, dependência parcial e independência); sugestão de ansiedade e/ou depressão, de acordo com a escala *Patient Health Questionnaire* (PHQ-4)¹⁷; queda no último ano (sim ou não); medicamentos de uso contínuo (sim ou não); polifarmácia¹⁸ (sim ou não); Bloco 3) variáveis relacionadas ao serviço de saúde: tipo de cobertura do serviço público de saúde [área descoberta, Unidade Básica de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família, UBS tradicional]; possuir plano de saúde (sim ou não); satisfação com o serviço médico de saúde (sim ou não), incluindo serviços públicos e privados; realização de consulta médica nos últimos três meses (sim ou não).

Para avaliação do uso de medicamentos, a pergunta utilizada foi: “O(a) Sr.(a) faz uso contínuo de algum medicamento?” Caso positivo, era realizada a verificação das caixas ou cartelas dos medicamentos. Na ausência das mesmas, as informações eram preenchidas de acordo com o relato do idoso. O estudo considerou como polifarmácia o uso de cinco ou mais medicamentos¹⁸. Os benzodiazepínicos foram classificados de acordo com sua meia-vida de eliminação¹⁹: ação curta/intermediária (meia-vida de até 24 horas) e ação longa (meia-vida superior a 24 horas). O tempo de tratamento contínuo com benzodiazepínicos foi estratificado em até seis meses de tratamento ou superior a seis meses, sendo o segundo caso considerado como tempo prolongado²⁰.

Inicialmente os dados foram submetidos à análise univariada descritiva para a obtenção de frequência absoluta e relativa das variáveis analisadas, assim como da prevalência da variável investigada. Para as variáveis quantitativas foram calculadas medidas de tendência central e de dispersão. O teste qui-quadrado foi utilizado na análise bivariada para verificar a associação entre cada uma das variáveis independentes com a variável dependente.

A análise multivariada foi baseada no modelo teórico proposto de determinação com blocos hierarquizados de variáveis (Figura 1), com o intuito

de controlar possíveis fatores de confusão. O ajuste inicial foi feito dentro de cada bloco, sendo incluídas as variáveis com um nível de significância menor ou igual a 0,20 na análise bivariada. As variáveis que alcançaram $p < 0,05$ na análise por bloco foram mantidas no modelo final, permanecendo neste modelo aquelas que mantiveram nível de significância de 5% ($p < 0,05$), controladas por todas as variáveis significativas dos blocos imediatamente superiores. Para a análise multivariada, foi utilizado o modelo de regressão de Poisson para estimar razões de prevalência brutas e ajustadas, com estimativa robusta de variância e intervalo de confiança de 95% (IC95%).

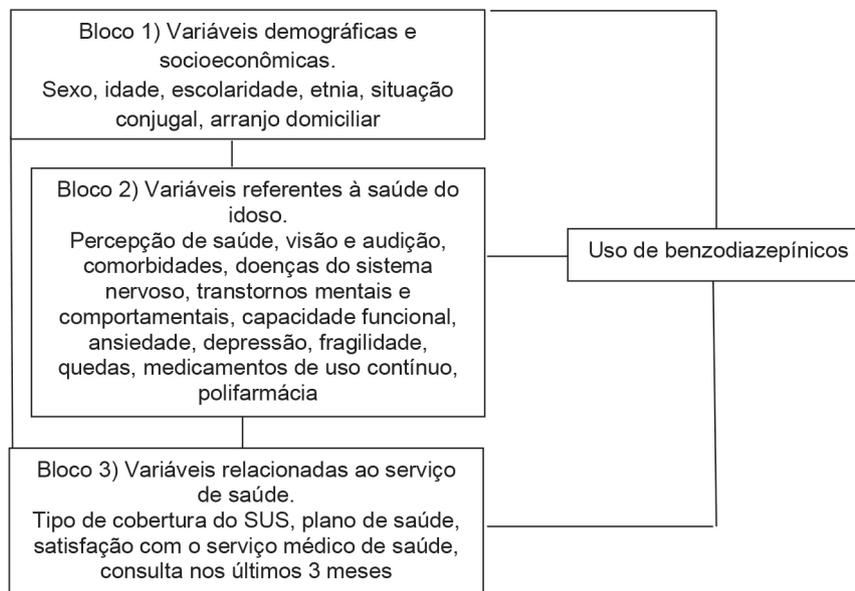


Figura 1. Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre o uso de benzodiazepínicos em blocos hierarquizados. Juiz de Fora, MG, 2015.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, com Parecer n. 771.916, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os participantes.

RESULTADOS

Foram analisados 423 questionários, dos quais 23 idosos foram excluídos por reprovação no MEEM e não possuir outro respondente. A amostra final foi constituída por 400 idosos, sendo que 315 (78,8%)

questionários foram respondidos pelo próprio idoso e 85 (21,2%) por outro respondente.

A maioria dos participantes eram mulheres (64,5%), residiam acompanhados (89,5%), eram casados ou em regime de união estável (55,8%), autodeclarados brancos (45,5%). A média de idade foi de 73,8 anos ($\pm 8,0$) e a de escolaridade 4,2 anos ($\pm 3,4$).

Percepção ruim ou regular de saúde foi relatada por 43,5% dos idosos, 54,9% relataram visão regular ou ruim e 28,6% audição regular ou ruim.

A presença de comorbidades foi relatada por 89,0% dos idosos, sendo que 4,8% relataram doenças do sistema nervoso e 11,3% transtornos mentais e comportamentais. A maioria era independente de acordo com a avaliação da capacidade funcional para atividades instrumentais de vida diária (Escala de Lawton e Brody, 84,5%) e apresentava algum nível de fragilidade (Escala de Edmonton, 57,8%). A sugestão de ansiedade foi verificada em 72,7% dos idosos e a sugestão de depressão em 77,1% (Escala PHQ-4).

Em relação aos serviços de saúde, a maioria dos idosos residia em área cuja modalidade de atenção era UBS, com Estratégia Saúde da Família implantada (74,0%) e 60,3% possuem plano de saúde. Dos idosos que utilizam serviço médico de saúde, 81,3% estavam satisfeitos com o serviço. A prevalência de realização de consulta médica nos últimos três meses foi de 76,0%. As características da amostra segundo variáveis independentes estão descritas na Tabela 01.

Tabela 1. Características da amostra segundo o uso de benzodiazepínicos. Juiz de Fora, MG, 2015.

Variáveis	Uso de benzodiazepínico	
	SIM. n (%)	NÃO. n (%)
Variáveis sociodemográficas		
Sexo		
Masculino	19 (26,0)	123 (37,6)
Feminino	54 (74,0)	204 (62,4)
Idade (anos)		
60 - 69	25 (34,2)	111 (33,9)
70 - 79	33 (45,2)	132 (40,4)
80 ou mais	15 (20,5)	84 (25,7)
Variáveis referentes à saúde do idoso		
Comorbidades		
Presença	68 (93,2)	288 (88,1)
Ausência	5 (6,8)	39 (11,9)
Doenças do sistema nervoso*		
Sim	8 (11,8)	9 (3,1)
Não	60 (88,2)	278 (96,9)
Transtornos mentais e comportamentais*		
Sim	18 (26,5)	22 (7,7)
Não	50 (73,5)	265 (92,3)
Capacidade Funcional para a realização das AIVD		
Independência	62 (84,9)	276 (84,4)
Dependência Parcial a Importante	11 (15,1)	51 (15,5)
Sugestão de Ansiedade*		
Não	34 (58,6)	195 (75,9)
Sim	24 (41,4)	62 (24,1)
Sugestão de Depressão*		
Não	39 (67,2)	204 (79,4)
Sim	19 (32,8)	53 (20,6)

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	Uso de benzodiazepínico	
	SIM. n (%)	NÃO. n (%)
Fragilidade*		
Não apresenta fragilidade	16 (27,6)	127 (45,2)
Aparentemente vulnerável	10 (17,2)	65 (23,1)
Fragilidade leve	13 (22,4)	51 (18,1)
Fragilidade moderada a severa	19 (32,7)	38 (13,5)
Quedas no último ano		
Sim	27 (37,0)	114 (34,9)
Não	46 (63,0)	213 (65,1)
Polifarmácia*		
Sim	51 (69,9)	127 (43,1)
Não	22 (30,1)	168 (56,9)
Variáveis relacionadas ao serviço de saúde		
Satisfação com serviço médico de saúde*		
Sim	63 (86,3)	258 (80,1)
Não	10 (13,7)	64 (19,9)
Realização de consulta nos últimos três meses		
Sim	66 (90,4)	238 (72,8)
Não	7 (9,6)	89 (27,2)

AIVD: atividades instrumentais de vida diária; *Excluídos os não respondentes.

No que se refere à terapia farmacológica, 92,0% dos idosos utilizam pelo menos um medicamento de uso contínuo. Destes, 48,4% fazem uso de cinco ou mais medicamentos, caracterizando polifarmácia. A média de medicamentos usados pelos idosos foi de 4,8 medicamentos ($\pm 2,9$).

A prevalência de uso de benzodiazepínicos na população foi de 18,3% (IC95% 15,2-21,6) (73/400), sendo clonazepam, bromazepam e alprazolam os benzodiazepínicos mais utilizados. Além disso, 4,1% (3/73) dos idosos utilizavam dois benzodiazepínicos. A maioria dos benzodiazepínicos utilizados pelos idosos do estudo possui meia vida de eliminação longa (meia-vida maior que 24 horas, 59,2%). O tempo de uso de benzodiazepínicos foi superior a seis meses em 85,5% dos usuários. Dentre os usuários de benzodiazepínicos, 38,4% também utilizavam antidepressivos. A caracterização do uso de benzodiazepínicos pelos idosos está descrita na Tabela 2.

As variáveis que permaneceram associadas ao uso de benzodiazepínicos na análise bivariada e as razões de prevalência ajustada dentro de cada bloco hierarquizado, estão descritas na Tabela 3. Na análise multivariada ajustada por bloco, nenhuma variável do bloco 1 apresentou significância estatística ($p < 0,05$). No bloco 2, foram significativas as variáveis percepção de audição, autorrelato de transtornos mentais e comportamentais e polifarmácia. A única variável do bloco 3 significativa foi realização de consulta médica nos últimos três meses.

Após análise de regressão múltipla, permaneceram no modelo final três variáveis associadas ao uso de benzodiazepínicos (Tabela 4): presença de transtornos mentais e comportamentais autorrelatados (RP ajustada = 4,72; IC95% 1,88-11,82), polifarmácia (RP ajustada = 2,17; IC95% 1,14-4,35) e realização de consulta médica nos últimos três meses (RP ajustada = 6,64; IC95% 1,51-29,22).

Tabela 2. Caracterização do uso de benzodiazepínicos pelos idosos. Juiz de Fora, MG, 2015.

Variáveis	N (%)
Uso de benzodiazepínicos	
Sim	73 (18,3)
Não	327 (81,2)
Princípio ativo	
Alprazolam	12/76 (15,8)
Bromazepam	15/76 (19,7)
Clonazepam	32/76 (42,1)
Clozazolam	2/76 (2,6)
Diazepam	9/76 (11,8)
Flunitrazepam	2/76 (2,6)
Lorazepam	4/76 (5,3)
Meia Vida de Eliminação	
Curta/Intermediária	31/76 (40,8)
Longa	45/76 (59,2)
Tempo de uso (meses)*	
Até 6	9/62 (14,5)
Superior a 6	53/62 (85,5)

*Variável investigada apenas quando o respondente era o próprio idoso.

Tabela 3. Uso de benzodiazepínicos segundo variáveis independentes. Juiz de Fora, MG, 2015.

Variáveis	%	RP bruta (IC 95%)	P	RP ajustada (IC 95%)	P
Bloco 1 - Variáveis sociodemográficas					
Sexo			0,061		0,093
Feminino	20,9	1		1	
Masculino	13,4	0,58 (0,33-1,03)		0,61 (0,34-1,08)	
Escolaridade (anos)			0,141		0,221
5 ou mais	14,6	1		1	
1 a 4	18,5	1,34 (0,71-2,52)		1,33 (0,87-2,02)	
0	24,5	1,90 (0,81-4,45)		1,33 (0,87-2,02)	
Bloco 2 - Variáveis referentes à saúde do idoso					
Percepção de Saúde*			0,023		0,098
Regular/Ruim	24,1	1		1	
Excelente a Bom	14,0	0,51 (0,29-0,92)		0,48 (0,20-1,15)	
Percepção de Audição*			0,039		0,048
Regular/Ruim	25,6	1		1	
Excelente a Bom	15,6	0,54 (0,30-0,97)		0,45 (0,20-0,99)	
Doenças do sistema nervoso*			0,003		0,074
Não	17,8	1		1	
Sim	47,1	4,12(1,53-11,11)		4,68 (0,86-25,40)	

continua

Continuação da Tabela 3

Transtornos mentais e comportamentais*			<0,001	0,007
Não	15,9	1	1	
Sim	45,0	4,34 (2,17-8,67)	5,38 (1,57-18,44)	
Sugestão de Ansiedade*			0,008	0,750
Sim	27,9	1	1	
Não	14,8	0,45 (0,25-0,82)	0,87 (0,37-2,06)	
Sugestão de Depressão*			0,047	0,565
Sim	26,4	1	1	
Não	16,0	0,53 (0,28-1,0)	0,76 (0,29-1,95)	
Fragilidade*			0,009	0,118
Presente	21,4	1	1	
Ausente	11,2	0,46 (0,25-0,86)	2,23 (0,82-6,08)	
Polifarmácia*			<0,001	0,023
Não	11,6	1	1	
Sim	28,7	3,03 (1,79-5,26)	2,56 (1,14-5,88)	
Uso de antidepressivo			<0,001	0,086
Não	13,4	1	1	
Sim	44,4	5,19 (2,88-9,34)	2,42 (0,88-6,63)	
Bloco 3 - Variáveis relacionadas ao serviço de saúde				
Plano de Saúde			0,111	0,116
Não	14,5	1	1	
Sim	20,7	1,55 (0,90-2,66)	1,55 (0,90-2,68)	
Realização de consulta nos últimos três meses			<0,001	0,002
Não	7,3	1	1	
Sim	21,7	3,53 (1,56-7,97)	3,53 (1,56-8,00)	

*Excluídos os não respondentes.

Tabela 4. Modelo de regressão final de associação de uso de benzodiazepínicos e variáveis independentes. Juiz de Fora, MG, 2015.

Variáveis	RP bruta (IC 95%)	p	RP ajustada (IC 95%)	p
Transtornos mentais e comportamentais*		0,007		0,001
Não	1		1	
Sim	5,38 (1,57-18,44)		4,72 (1,88-11,82)	
Polifarmácia*		0,023		0,020
Não	1		1	
Sim	2,56 (1,14-5,88)		2,17 (1,14-4,35)	
Realização de consulta nos últimos três meses		0,002		0,012
Não	1		1	
Sim	3,53 (1,56-8,00)		6,64 (1,51-29,22)	

*Excluídos os não respondentes.

DISCUSSÃO

A prevalência de uso de benzodiazepínicos na população estudada foi de 18,3%, semelhante ao encontrado em outros estudos^{11,12}. Prevalências diferentes do presente estudo também foram relatadas na literatura^{13,14,21}. Diferenças encontradas entre os estudos podem ser justificadas pela diferença nas definições de uso e no período de observação. O presente estudo analisou medicamentos de uso contínuo no momento da entrevista, enquanto outros avaliaram medicação em uso nos últimos 15 dias, 90 dias ou 12 meses antecedentes à entrevista. Contrastes identificados também podem retratar diferenças importantes entre as populações analisadas, como uso de serviços de saúde, perfil epidemiológico, características socioculturais, ou mesmo refletir hábitos dos prescritores, além dos critérios usados na indicação desses medicamentos¹⁴.

O consumo elevado de benzodiazepínicos pode estar relacionado com a diminuição progressiva da resistência da humanidade para tolerar o estresse, com a introdução de novas drogas, com a pressão crescente da propaganda por parte da indústria farmacêutica, ou ainda com hábitos de prescrição inadequada por parte dos profissionais²². Acrescenta-se, ainda, o fato dos medicamentos serem considerados uma das principais tecnologias contemporâneas de cuidado, prometendo afastar qualquer sofrimento da sociedade atual, como depressão, ansiedade, transtornos psicóticos, solidão, crises econômicas e tristeza, apenas com a administração de uma eficaz substância química no organismo⁴.

Entre os usuários de benzodiazepínicos, destaca-se no presente estudo o uso prolongado em 85,5% dos idosos e a alta prevalência de benzodiazepínicos de meia-vida longa (59,2%). Os benzodiazepínicos de meia-vida longa acumulam quando administrados repetidamente e seus efeitos indesejáveis podem manifestar-se depois de vários dias ou semanas²³. De acordo com os critérios Beers-Fick e STOPP, de medicamentos inapropriados para idosos, o uso de benzodiazepínicos deve ser evitado em idosos independente do tempo de meia-vida do fármaco^{24,25}.

Restrições ao uso de benzodiazepínicos pelos idosos têm sido cada vez maiores, relacionadas à depressão do sistema nervoso central, como diminuição da atividade psicomotora, prejuízo da

memória e a potencialização do efeito depressor pela interação com outras drogas depressoras²². A literatura aponta que até mesmo benzodiazepínicos de ação curta são um fator de risco significativo associado à frequência de quedas em pacientes geriátricos²⁶.

Um estudo prospectivo desenvolvido por Billioti de Gage et al.²⁷ mostrou que o uso de benzodiazepínicos é associado com um aumento no risco de demência. O risco de demência aumenta com dose cumulativa, duração do tratamento e quando fármacos de ação prolongada são usados²⁷. As preocupações específicas sobre o uso prolongado incluem, ainda, o desenvolvimento de tolerância e aumento da dose, dependência, abuso de medicamentos e dificuldade de retirada^{5,6}. A dependência medicamentosa gera anulação de respostas ao sofrimento social relacionado ao gênero, ao envelhecimento e às más condições econômicas e de qualidade de vida, promotoras de doenças psiquiátricas como ansiedade e depressão, podendo ser intensificada nos idosos e ser estimulada pelo uso contínuo de medicamentos²⁸.

Ressalta-se ainda a dificuldade de retirar o benzodiazepínico em pacientes que se tornaram dependentes devido ao uso prolongado. A modificação do consumo em pacientes que usam benzodiazepínicos por vários anos permanece um desafio. A razão para o uso contínuo dos benzodiazepínicos é relatada como temor do retorno e da intensificação dos sintomas, ou o comprometimento do desempenho das atividades cotidianas. A dependência psicológica e a subestimação ou negação de potenciais efeitos colaterais dos benzodiazepínicos, contribui para a grande resistência, especialmente dos mais velhos, em suspender a medicação²⁹.

Os fatores associados ao uso de benzodiazepínicos encontrados no presente estudo, após análise multivariada, foram presença de transtornos mentais e comportamentais, polifarmácia e realização de consulta médica nos últimos três meses. A associação do uso de benzodiazepínicos com transtornos mentais e comportamentais foi verificada em outros estudos, sendo o uso associado a transtornos mentais comuns¹¹ e doença psiquiátrica prévia²⁰.

O uso de benzodiazepínicos associado ao uso de outros medicamentos foi verificado na literatura¹¹. No presente estudo o uso de benzodiazepínicos foi

associado à polifarmácia. A presença de comorbidades e a consulta com diferentes especialistas podem estar relacionados à polifarmácia¹⁴. A prática de polifarmácia não indica necessariamente que a prescrição e o uso dos fármacos estejam incorretos, fazendo-se necessária muitas vezes para garantir melhor qualidade de vida aos idosos³⁰. Todavia, o número de medicamentos prescritos, a complexidade dos regimes terapêuticos, especialmente na vigência de comorbidades, e as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao processo de envelhecimento, aumentam a vulnerabilidade dos idosos aos medicamentos, seja por reações adversas, interações medicamentosas ou efeitos colaterais³¹. Em um estudo realizado por Richardson et al.⁵, verificou-se que a utilização de benzodiazepínicos foi associada ao aumento do risco de quedas quando combinado com polifarmácia.

A realização periódica de consulta médica por usuários de benzodiazepínicos pode ser justificada pelo fato desses medicamentos só serem dispensados com a prescrição médica, sendo a quantidade dispensada para no máximo 60 dias de tratamento. Estudos confirmam essa associação^{11,12}. O contato com o serviço médico é visto como um aumento na oportunidade de receber uma prescrição de medicamento psicotrópico¹². Por outro lado, o uso de benzodiazepínicos pode aumentar o contato do paciente com o médico. Segundo Auchewski et al.²², o retorno ao médico pode ser interpretado como uma preocupação do prescritor em acompanhar a resposta do paciente aos benzodiazepínicos, incluindo o monitoramento da dose, avaliação dos efeitos colaterais e da resposta terapêutica. O retorno ao médico deveria ser visto como um cuidado, pois uma prescrição racional deve ser pautada no monitoramento contínuo do paciente. Porém, na prática, é observado que os pacientes retornam somente para obter nova prescrição. Estudo realizado por Alvarenga et al.³² relata facilidade na aquisição da prescrição, com obtenção da mesma sem necessidade da consulta médica formal ou orientação médica adequada sobre os cuidados necessários durante o tratamento. O vínculo não se estabelece com o profissional ou com o serviço de saúde, mas com o próprio medicamento, sendo a exigência da apresentação da prescrição compreendida como um obstáculo.

O emprego de benzodiazepínicos em geriatria deve ser efetuado com critério e discernimento, pois

a sensibilidade dos idosos aos benzodiazepínicos e sua meia-vida aumentam consideravelmente com a idade. Apesar da preocupação crescente, o uso de benzodiazepínicos pelos idosos continua elevado. Isto se deve em grande parte porque nenhuma alternativa farmacoterapêutica superior foi desenvolvida para tratar ansiedade e insônia. Os benzodiazepínicos agem rápido e pelo menos na prescrição inicial são seguros e com efeitos previsíveis³³.

A redução da prescrição de benzodiazepínicos requer a substituição para outros tratamentos para distúrbios do sono e ansiedade, muitos dos quais não farmacológicos¹². A cessação gradual do uso pode ser efetiva, com redução gradativa da dose. A terapia comportamental cognitiva é considerada eficaz no tratamento da insônia crônica, facilitando a redução do uso de benzodiazepínicos em idosos³⁴. Intervenções na prescrição, substituição, psicoterapias e farmacoterapias podem contribuir para a gestão da dependência aos benzodiazepínicos. Esforços devem ser feitos para educar e apoiar os pacientes. Além disso, uma adequada interação entre profissionais e pacientes pode contribuir na intervenção de prescrições inadequadas.

Devem ser consideradas as limitações presentes no estudo decorrentes principalmente do delineamento transversal, não permitindo avaliação das relações temporais, assim como a impossibilidade de identificar a indicação terapêutica do medicamento, a existência de eventos adversos e a ocorrência de interações medicamentosas. Vantagens do estudo também devem ser destacadas, como o fato de ter sido realizado com idosos vivendo na comunidade, sendo menos propenso a viés de seleção em relação aos estudos realizados em populações selecionadas¹¹.

CONCLUSÃO

A prevalência de uso crônico de benzodiazepínicos em idosos é considerada alta, semelhante ao encontrado na literatura. O uso de benzodiazepínicos está associado a transtornos mentais e comportamentais, polifarmácia e realização de consultas médicas. A prescrição em idosos, assim como o uso prolongado, devem ser avaliados com prudência, considerando as alterações fisiológicas dos idosos e os efeitos adversos dos medicamentos.

REFERÊNCIAS

1. Byrne GJ, Pachana NA. Anxiety and depression in the elderly: do we know any more? *Curr Opin Psychiatr.* 2010;23(6):504-9.
2. Guimarães VG, Brito GC, Barbosa LM, Aguiar PM, Balisa-Rocha BJ, Lyra Júnior DP. Perfil farmacoterapêutico de um grupo de idosos assistidos por um programa de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil no município de Aracaju - SE. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2012;33(2):307-12.
3. Oliveira MPF, Novaes MRCC. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(4):1069-78.
4. Netto MUQ, Freitas O, Pereira LRL. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2012;33(1):77-81.
5. Richardson K, Bennett K, Kenny RA. Polypharmacy including falls risk-increasing medications and subsequent falls in communitydwelling middle-aged and older adults. *Age Ageing.* 2015;44(1):90-6.
6. Martin P, Tamblyn R, Ahmed S, Tannenbaum C. An educational intervention to reduce the use of potentially inappropriate medications among older adults (EMPOWER study): protocol for a cluster randomized trial. *Trials.* 2013;14:1-17.
7. Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev Saúde Pública* 2012;46(1):138-46.
8. Rahman MM, Davis DN. Addressing the class imbalance problem in medical datasets. *Int J Machine Learn Comput.* 2013;3(2):224-8.
9. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
10. Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde. Manual do prontuário de saúde da família. Belo Horizonte: SES/MG; 2008.
11. Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchoa E. A population based study on health conditions associated with the use of benzodiazepines among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). *Cad Saúde Pública.* 2009;25(3):605-12.
12. Jorm AF, Grayson D, Creasey H, Waite L, Broe GA. Long-term benzodiazepine use by elderly people living in the community. *Aust N Z J Public Health.* 2000;24(1):7-10.
13. Cunha CDA, Souza MCC, Cattanio GAA, Iahnn SR, Lima RC. Benzodiazepine use and associated factors in elderly in the city of Dourados, MS, Brazil. *J Bras Psiquiatr.* 2015;64(3):207-12.
14. Noia AS, Secoli SR, Duarte YAO, Lebrão ML, Lieber NSR. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(N. Esp):38-43.
15. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Cross-cultural adaptation and validity of the "Edmonton Frail Scale - EFS" in a Brazilian elderly sample. *Rev Latinoam Enferm.* 2009;17(6):1043-9.
16. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-86.
17. Lowe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord.* 2010;122(1-2):86-95.
18. Gnjjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Waite L, Seibel MJ, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol.* 2012;65(9):989-95.
19. Brunton LL, Chabnert BA, Knollmann BC. Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica. 12ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2012.
20. Zandstra SM, Furer JW, Van de Lisdonk EH, Van't Hof M, Bor JHJ, Van Weel C, et al. Different study criteria affect the prevalence of benzodiazepine use. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(3):139-44.
21. Préville M, Bossé C, Vasiliadis H, Voyer P, Laurier C, Berbiche D, et al. Correlates of potentially inappropriate prescriptions of Benzodiazepines among older adults: results from the ESA Study. *Can J Aging.* 2012;31(3):313-22.
22. Auchewski L, Andreatini R, Galduróz JCF, Lacerda RB. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(1):24-31.
23. Howard P, Twycross R, Shister J, Mihalyo M, Wilcock A. Benzodiazepines. *J Pain Symptom Manage.* 2014;47(5):955-64.
24. American Geriatrics Society. Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(11):2227-46.

25. O'mahony D, O'sullivan D, Byrne S, O'connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. 2015;44(2):213-8.
26. Van Strien AM, Koek HL, Van Marum RJ, Emmelot-Vonk MH. Psychotropic medications, including short acting benzodiazepines, strongly increase the frequency of falls in elderly. *Maturitas* 2013;74(4):357-62.
27. Billioti De Gage S, Pariente A, Bégaud B. Is there really a link between benzodiazepine use and the risk of dementia? *Expert Opin Drug Saf*. 2015;14(5):733-47.
28. Mendonça RT, Carvalho ACD, Vieira EM, Adorno RCF. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde Soc*. 2008;17(2):95-106.
29. Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Giacomini KC, Uchoa E, Firmo JOA. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de "jogar água no fogo", não pensar e dormir. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(2):249-58.
30. Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):94-103.
31. Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, et al. Polifarmácia entre idosos do município de São Paulo - Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(4):817-27.
32. Alvarenga JM, Giacomini KC, Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA. Uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(6):866-72.
33. Hood SD, Norman A, Hince DA, Melichar JK, Hulse GK. Benzodiazepine dependence and its treatment with low dose flumazenil. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;77(2):285-94.
34. Tannenbaum C. Inappropriate benzodiazepine use in elderly patients and its reduction. *J Psychiatry Neurosci*. 2015;40(3):27-8.

Recebido: 27/03/2017

Revisado: 19/05/2017

Aprovado: 05/06/2017