

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO - UNIBRA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

Elusai Lidiam Menezes da Silva

Ivanira Nadja do Nascimento

Michele Maria Pereira

O USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS

RECIFE
2022

Elusai Lidiam Menezes da Silva

Ivanira Nadja do Nascimento

Michele Maria Pereira

O USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Disciplina TCC II do Curso de Farmácia do
Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA, como
parte dos requisitos para conclusão do curso.

Orientador(a): Prof. Dr. Raul Emídio de Lima.

RECIFE

2022

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 2338/ O.

S586u Silva, Elusai Lidim Menezes da
O uso abusivo de benzodiazepínicos em idosos / Elusai Lidim Menezes
da Silva, Ivanira Nadja do Nascimento, Michele Maria Pereira. - Recife: O
Autor, 2022.

45 p.

Orientador(a): Dr. Raul Emídio de Lima.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário
Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Farmácia, 2022.

Inclui Referências.

1. Benzodiazepínicos. 2. Dependência. 3. Assistência farmacêutica.
4. Idosos. I. Nascimento, Ivanira Nadja do. II. Pereira, Michele Maria. III.
Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. IV. Título.

CDU: 615

A Sandra Farias, UMA GRANDE AMIGA,
pelo incentivo imenso...

DEDICO

AGRADECIMENTOS

A DEUS, Pela nossa vida e por sua presença constante e incondicional.

A nossas MÃES, pela paciência e apoio incondicional em toda nossa trajetória de vida.

Aos nossos FILHOS, pela presença e pelas torcidas ao longo desses anos.

Aos nossos IRMÃOS, pelo apoio e incentivo durante nossas jornadas.

A UNIBRA, por proporcionar a realização dessa graduação.

Aos PROFESSORES, pelos ensinamentos passados durante o curso.

Ao nosso ORIENTADOR, Prof. Dr. Raul Emídio de Lima nossa gratidão por aceitar a tarefa de orientar nosso trabalho e contribuir decisivamente para sua qualidade.

Aos nossos AMIGOS pela paciência em nossos momentos de turbulência e compreensão pelas nossas ausências em alguns momentos.

Aos COLEGAS que conhecemos ao longo dessa graduação e convivemos durante todo esse tempo.

MUITO OBRIGADA!

Posso todas as coisas em Cristo que me fortalece.

Filipenses 4:12

RESUMO

Os benzodiazepínicos constituem o grupo de psicotrópicos que são utilizados como ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivantes e sedativos. O uso abusivo desses medicamentos contribui para riscos à saúde, principalmente para os idosos que costumam usá-los por um período prolongado. O objetivo desse estudo é explicar sobre o uso abusivo de benzodiazepínicos em idosos. O presente trabalho descreve os efeitos colaterais, os riscos de eventos adversos que os benzodiazepínicos provocam nos idosos, a importância da assistência farmacêutica e o papel do farmacêutico diante do idoso em uso de benzodiazepínicos, servindo como meio de informação e alerta tanto para os profissionais de saúde quanto para os as pessoas que fazem o uso desses medicamentos, promovendo seu uso racional. Os resultados dessa pesquisa mostram que o consumo de benzodiazepínicos está diretamente relacionada ao estresse e a velhice, sendo a insônia a principal queixa dos idosos. Além de que o Brasil é o segundo país que mais utiliza o clonazepam, seguido dos Estados Unidos. Estudos relatam que a assistência farmacêutica, frente a população idosa em uso de benzodiazepínicos, ainda é fragilizada, apesar de muito importante quando realizada de forma efetiva podendo dirimir problemas relacionados ao uso irracional da terapêutica medicamentosa e contribuindo na intervenção de prescrições inadequadas.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos; dependência; assistência farmacêutica; idosos;

ABSTRACT

Benzodiazepines are a group of psychotropic drugs that are used as anxiolytics, hypnotics, anticonvulsants, and sedatives. The abusive use of these drugs contributes to health risks, especially for the elderly who use them for a prolonged period. The objective of this study is to explain the abuse of benzodiazepines in the elderly. This paper describes the side effects, the risks of adverse events that benzodiazepines cause in the elderly, the importance of pharmaceutical assistance, and the role of the pharmacist in the elderly who use benzodiazepines, serving as a means of information and warning for both health professionals and people who use these drugs, promoting their rational use. The results of this research show that the consumption of benzodiazepines is directly related to stress and old age, insomnia being the main complaint of the elderly. Besides that, Brazil is the second country that uses clonazepam the most, followed by the United States. Studies have reported that pharmaceutical assistance to the elderly population that uses benzodiazepines is still weakened, although it is very important when effectively performed, and it can solve problems related to the irrational use of drug therapy and contribute to the intervention of inappropriate prescriptions.

Keywords: Benzodiazepines; dependence; pharmaceutical assistance; elderly;

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estrutura geral dos benzodiazepínicos -----	16
Figura 2 – Mecanismo de ação dos benzodiazepínicos -----	18
Figura 3 – Notificação de receita B -----	31
Figura 4 – Fluxograma da seleção dos artigos científicos -----	33
Gráfico 1 – Principais motivos da utilização de BZD por idosos de acordo com a média de porcentagens traduzida pelos artigos revisados -----	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Duração de ação dos benzodiazepínicos -----	19
Tabela 2 – Principais medicamentos benzodiazepínicos -----	22
Tabela 3 – Lista de medicamentos não recomendados em idosos -----	25
Tabela 4 – Etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica -----	28
Tabela 5 – Artigos selecionados para pesquisa -----	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF – Atenção Farmacêutica

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BZD – Benzodiazepínicos

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNS – Cartão Nacional do SUS

GABA A – Ácido Gama Aminobutírico tipo A

GABA-R – Ácido Gama Aminobutírico receptor

GABA – Ácido Gama Aminobutírico

h - hora

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IF – Fator de Impacto

INBC – International Narcotics Control Board

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAM – reações adversas medicamentosas

RENAME – Relação de Medicamentos Essenciais

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

SNC – Sistema Nervoso Central

STOPP – Screnning Tool of Older Person's Prescriptions

START – Screnning Tool to Alert to Right Treatment

SUS – Sistema Único de Saúde

WOS – Web Of Science

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Benzodiazepínicos	16
3.1.1 Farmacodinâmica dos benzodiazepínicos	17
3.1.2 Farmacocinética dos benzodiazepínicos	18
3.2 Principais efeitos adversos dos benzodiazepínicos	20
3.3 Benzodiazepínicos mais consumidos entre os idosos	21
3.4 Os riscos do uso abusivo de benzodiazepínicos pelos idosos	23
3.5 Motivos da utilização de benzodiazepínicos pelos idosos	26
3.6 A importância da Assistência Farmacêutica	27
3.6.1 O papel do farmacêutico diante do idoso em uso de benzodiazepínicos	29
4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO	32
4.1 Critérios de Inclusão	32
4.2 Critérios de exclusão	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o termo idoso é utilizado para toda pessoa que tem 60 anos de idade ou mais. Definição que também está presente na Política Nacional do Idoso de 1994, estabelecida pela lei federal 8.842, assim como no Estatuto do Idoso de 2003 (FREITAS *et al.*, 2021).

Quanto ao termo envelhecimento, ele corresponde a um processo de desenvolvimento natural que consiste em alterações neurológicas estruturais, funcionais e até mesmo químicas (SANTOS *et al.*, 2019). E que, apesar de universal, ocorre de formas diferentes em cada indivíduo. Esse processo decorre de alterações fisiológicas em sistemas fundamentais como imunológico, nervoso e neuroendócrino, permitindo o aparecimento e a instalação de doenças psicossomáticas (BORGES, *et al.*, 2017).

Com o avançar da idade, as pessoas se tornam mais susceptíveis a doenças crônicas, limitações, problemas psicossociais e comorbidades, tornando o uso de medicamentos uma das principais formas de tratamento e prevenção das condições crônicas de saúde mais prevalentes (RODRIGUES, *et.al.*, 2021). Dentre os medicamentos mais utilizados pelos idosos destaca-se o uso crônico de psicofármacos, sobretudo os sedativos, hipnóticos e os ansiolíticos da classe dos benzodiazepínicos (BZD) devido ao aumento da ansiedade, estresse e principalmente a insônia (ALVIM *et al.*, 2017).

Os BZD são drogas que agem diretamente no Sistema Nervoso Central (SNC), alterando aspectos cognitivos e psicomotores no organismo. Seus principais efeitos terapêuticos são a sedação, hipnose e relaxamento muscular. Esses medicamentos promovem altas taxas de dependência, ocasionando, respectivamente, ao aumento de dose necessária para se obter o mesmo efeito terapêutico e isso tem se apresentado como um grande problema de ordem social (TELLES FILHO, *et.al.*, 2011).

O uso abusivo de antidepressivos e ansiolíticos pela população idosa merece destaque não só pelo fato de serem medicamentos que podem apresentar muitos efeitos colaterais, mas por se tratar de uma população frágil (RODRIGUES, *et.al.*, 2021). Além do risco de dependência, existem evidências de que doses terapêuticas podem prejudicar as funções cognitivas em idosos, mesmo após a interrupção do medicamento (ALVARENGA, *et.al.*, 2015). E a

utilização prolongada de BZD pode estar relacionada a déficit de atividade cognitiva, principalmente em idosos agravando o quadro da perda natural dessa função nessa população (OLIVEIRA, *et.al.*, 2020).

Em virtude do uso demasiado de medicações ansiolíticas pelos idosos, considerou-se a relevância de aprofundar a temática a fim de se obter uma linha de raciocínio do ponto de vista clínico, possibilitando um maior conhecimento sobre o consumo de BZD por idosos, que é considerado um grupo de risco, justamente por ser um grupo de pacientes polimedicados. Desta forma, justifica-se a necessidade da elaboração desse trabalho, de modo a sistematizar o conteúdo abordado servindo como base para os próximos estudos clínicos, traçando um perfil clínico e científico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Explicar sobre o uso abusivo de benzodiazepínicos em idosos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever o que são benzodiazepínicos e seus principais efeitos adversos;
2. Identificar os benzodiazepínicos mais consumidos entre os idosos;
3. Relatar os riscos do uso abusivo de benzodiazepínicos pelos idosos;
4. Entender os motivos da utilização de benzodiazepínicos pelos idosos;
5. Compreender a importância da assistência farmacêutica e o papel do farmacêutico diante do idoso em uso de benzodiazepínicos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

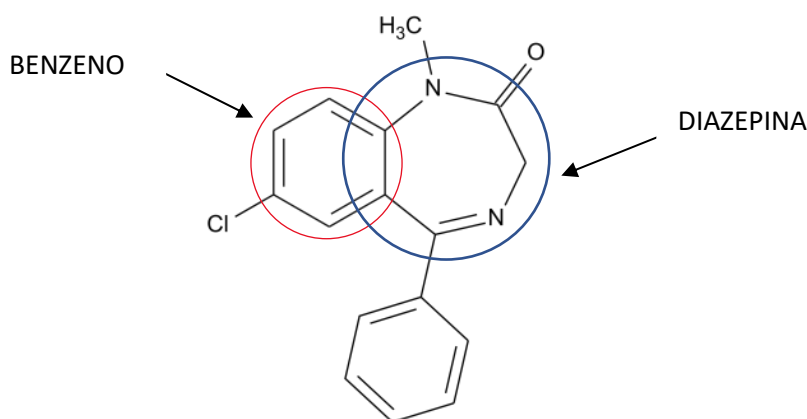
3.1 BENZODIAZEPÍNICOS

Os BZD constituem o grupo de psicotrópicos mais utilizados na prática clínica devido as suas principais atividades: ansiolítica no tratamento da ansiedade; como hipnótica no tratamento da insônia; como relaxantes musculares esqueléticos no tratamento de espasmos musculares; como anticonvulsivantes no tratamento de convulsões; em pré-cirurgia como anestésicos. De um modo geral, são indicados para os transtornos de ansiedade, insônia e epilepsia (NALOTO *et al.*, 2016).

Os BZD são as classes que mais se destacam entre os ansiolíticos, sendo a primeira escolha para o tratamento dos estados de ansiedade e insônia por possuírem baixo índice de intoxicação quando comparados com os barbitúricos e elevado índice terapêutico (RANG, *et.al.*, 2016).

Sua estrutura básica consiste na fusão de um anel de sete membros (diazepina) com um anel aromático (benzeno) com quatro principais grupos de substituição que podem ser modificados sem a perda da atividade, como mostra a figura 1, abaixo (WHALEN, *et.al.*, 2016).

Figura 1 – Estrutura geral dos benzodiazepínicos



Fonte: WHALEN, *et.al*, 2016.

Seu anel principal possui dois heteroátomos de nitrogênio e um grupo farmacofórico que é a porção de carboxamida e o anel benzeno possui um ligante na posição 7. A estrutura possui ainda um terceiro anel benzil que

contribuiu para a interação do fármaco com seu receptor, além de conferir a lipofilia necessária para que o fármaco penetre no SNC (WHALEN, *et.al.*, 2016)

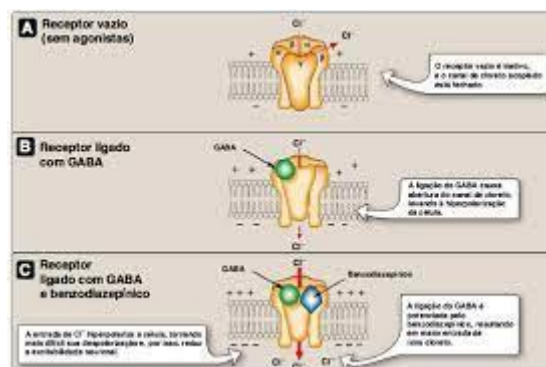
Essa classe de medicamentos foi introduzida no mercado no início dos anos 60 com o nome comercial Librium (Clordiazepóxido). Antes da introdução desses compostos, os principais fármacos usados no tratamento da ansiedade eram basicamente sedativos e hipnóticos (CARR *et al.*, 2019). Em 1963 iniciou a comercialização do Diazepam, com o nome comercial Valium, sendo eleito como alternativa ao clordiazepóxido por possuir um gosto menos desagradável. Em 1965 foram introduzidos no mercado o Nitrazepan e o Oxazepan. Em 1970 ocorreu o surgimento do Lorazepan e Flurazepan. E por fim, o Triazolam e Alprazolam, sendo estes os BZD mais recentes (ALMEIDA *et al.*, 2017).

O uso de ansiolíticos e hipnóticos teve uma enorme elevação na última década. Nos países desenvolvidos, a exemplo da Austrália, França e Espanha, os BZDs são os mais prescritos (NALOTO *et al.*, 2016). Ademais nos EUA, o número de receitas de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos aumentou 21% entre 16 de fevereiro e 15 de março de 2020, com base nos dados da Express Scripts, empresa que atua como intermediária entre farmácias e planos de saúde. No Brasil, em 2019, calcula-se mais de 13 milhões de usuários (BOUER, 2020).

3.1.1 Farmacodinâmica dos Benzodiazepínicos

Os BZD atuam potencializando a ação inibitória do neurotransmissor Ácido Gama Aminobutírico (GABA), que é o principal neurotransmissor inibitório no sistema nervoso central. Seus alvos são os receptores gabaérgicos do ácido gama-aminobutírico tipo A (GABA A), receptores de canais iônicos dependentes de ligantes. Esses receptores do GABA A são compostos de uma combinação, no somatório de cinco subunidades alfa, beta e gama inseridas na membrana pós-simpática, como mostra a figura 2, na página a seguir (WHALEN, *et.al.*, 2016).

Figura 2 – Mecanismo de ação dos benzodiazepínicos



Fonte: RANG, *et.al.*, 2016

O complexo formado entre o GABA e o seu receptor (GABA-A) abre o canal de cloro, provocando a hiperpolarização da membrana neural, reduzindo sua excitabilidade. Os receptores GABA A possui outros sítios de ligação, onde o benzodiazepínico se liga aumentando a sensibilidade do receptor, facilitando a entrada, em maior quantidade, dos íons de cloro, para o interior da célula, deixando-a hiperpolarizada, ou seja, em seu estado inibitório. Essa atuação no SNC é capaz de alterar as habilidades cognitivas no indivíduo (RANG *et al.*, 2016).

Os BZDs ligam-se às proteínas plasmáticas, como a albumina, favorecendo seu depósito no tecido adiposo. E por serem altamente lipossolúveis, esses medicamentos conseguem penetrar facilmente no SNC. O que explica sua dependência (BRUNTON, *et.al.*, 2012).

3.1.2 Farmacocinética dos Benzodiazepínicos

Um aspecto farmacocinético importante diz respeito à potência e a meia-vida de eliminação dos BZDs, devendo sempre ser considerados na escolha da droga e duração do tratamento, como mostra a tabela 1 (pág. 19). A potência de um fármaco está relacionada principalmente às propriedades de ligação com seus respectivos receptores. Por exemplo, o lorazepam, embora não atravesse a barreira hematoencefálica com a facilidade de muitos BZDs, tem maior afinidade pelo seu receptor, resultando numa potência superior à do diazepam e tantos outros BZD (RANG, *et.al.*, 2016).

Com relação à meia-vida plasmática, eles são classificados em: ação curta a intermediária, quando permanecem de 5 a 24 horas até sofrerem biotransformação; e ação prolongada, quando este tempo é maior do que 24 horas (BRUNTON, *et.al.*, 2012).

Os BZDs apresentam variações em sua farmacocinética, desde a absorção até sua excreção, porém, de modo geral, todos são rapidamente absorvidos, independente da via de administração, devido a sua alta lipossolubilidade, característica que confere ampla distribuição pelos tecidos (KWANG, *et al.*, 2017). Assim como seus metabólitos, sua maioria possui alta ligação á proteínas e apresentam fácil travessia pela barreira hematoencefálica, além de ainda ultrapassarem a barreira placentária sendo excretados no leite materno (RANG, *et.al.*, 2016).

O diazepam é rapidamente absorvido, atingindo o pico máximo de 1 hora nos adultos, enquanto o clonazepam e o oxazepam apresentam absorção bastante lenta após a administração oral, levando várias horas para atingir o pico de concentração plasmática. O alprazolam e lorazepam possuem velocidades intermediárias de absorção (WHALEN, *et.al.*, 2016).

Segundo Falci, *et.al.* (2019) os BZD sofrem intenso metabolismo hepático, sendo necessário que ocorra biotransformação em metabólitos mais hidrossolúveis para que eles sejam eliminados.

Tabela 1 – Duração de ação dos benzodiazepínicos

Benzodiazepínico	Duração da Ação	Meia-vida	Fórmula molecular
Clordiazepóxido	Ação longa 1-3 dias	Longa	C ₁₆ H ₁₄ ClNO ₃
Diazepam	Ação longa 1-3 dias	Longa	C ₁₆ H ₁₃ ClN ₂ O
Flurazepam	Ação longa 1-3 dias	Longa	C ₂₁ H ₂₃ ClFN ₃ O
Clonazepam	Ação longa 1-3 dias	Curta	C ₁₅ H ₁₀ ClN ₃ O ₃
Alprazolam	Ação intermediária 10-20h	Intermediária	C ₁₇ H ₁₃ ClN ₄
Lorazepam	Ação intermediária 10-20h	Intermediária	C ₁₅ H ₁₀ Cl ₂ N ₂ O ₂
Oxazepam	Ação curta 3-8h	Curta	C ₁₅ H ₁₁ ClN ₂ O ₂
Nitrazepam	Ação curta 6-8h	Longa	C ₁₅ H ₁₁ N ₃ O ₃
Triazolam	Ação curta 3-8h	Curta	C ₁₇ H ₁₂ Cl ₂ N ₄

Fonte: Adaptado de WHALEN, *et al.*, 2016

Os BZD de meia-vida curta são indicados para tratamento de insônia, tempo aproximado da duração do período do sono. Enquanto os de meia-vida longa e intermediária são indicados como ansiolíticos e sedativos pré-anestésicos. As vantagens dos medicamentos de meia-vida longa sobre os de meia-vida curta incluem doses menos frequentes, menos variação nas concentrações no plasma e fenômenos de abstinência menos graves. As desvantagens incluem acúmulo do medicamento no organismo, aumento do risco de comprometimento psicomotor diurno e aumento da sedação diurna. A insônia rebote e a amnésia são consideradas mais problemáticas com os medicamentos de meia-vida curta em relação aos de meia-vida longa (ALVARENGA, *et al.*, 2015).

3.2 PRINCIPAIS EFEITOS ADVERSOS DOS BENZODIAZEPÍNICOS

Com o avançar da idade, é esperado que as pessoas apresentem um número acrescido de comorbidades. Este fato promove o uso concomitante de diversos medicamentos. Multiplicidade de doenças e de fármacos associada a alterações relacionadas ao envelhecimento pode desencadear graves interações medicamentosas. Além de que, a polimedicação associada às alterações fisiológicas que afetam a farmacocinética e a farmacodinâmica, faz com que a pessoa idosa esteja sujeita a um maior risco de reações adversas medicamentosas (RAM) (CARVALHO, *et al.*, 2018).

Mesmo apresentando relativa segurança, o uso prolongado de BZD, mesmo que em baixas doses, é fator de risco para o desenvolvimento dos efeitos adversos, entre eles sedação, deterioração cognitiva, amnésia e ataxia, podendo manifestar-se por sonolência, confusão mental, ansiedade, hipotensão postural, letargia, dependência e aumento na frequência de quedas resultando em lesões graves ou até fratura (NALOTO *et al.*, 2016).

Além dos efeitos adversos causados por essa classe de medicamento, seu uso a longo prazo causa inúmeros eventos adversos, como quedas e fraturas, acidentes domésticos e de trânsito, confusão mental transitória, assim como comprometimento cognitivo. Há hipóteses de que possa ser um dos fatores importantes em distúrbios da memória e no desencadeamento da doença de Alzheimer (BRUNTON, *et al.*, 2012).

Os BZDs prejudicam o desempenho psicomotor, a atenção e a vigilância. Essa piora no desempenho psicomotor tem sido associada ao aumento do número de acidentes de trânsito e doméstico, tanto pelo seu efeito sedativo quanto pela associação com outras drogas (ALMEIDA, *et.al.*, 2017). Um efeito colateral importante diz respeito à toxicidade cerebelar, que se manifesta por ataxia, disartria, incoordenação e instabilidade postural. Esses efeitos são especialmente importantes em pacientes idosos, que podem apresentar sinais e sintomas prévios como tremores ou dificuldades para deambular (ABREU, *et.al.*, 2020).

O uso de BZDs por um período superior há 3 meses já pode apresentar risco de dependência e a sua utilização por mais de 12 meses aumenta, proporcionalmente, esse risco (TELLES FILHO, *et al.*, 2011).

A dependência dos BZDs está relacionada com a sua farmacocinética, ou seja, com sua alta lipossolubilidade e capacidade de se distribuir pelo tecido cerebral, meia vida biológica, dose diária e tempo de uso (ALVIM *et al.*, 2017). Em tratamentos de curta duração a eficácia dos BZDs é bem documentada, por outro lado o mau uso destes medicamentos, excedendo o tempo máximo de tratamento de 4 a 6 semanas, resulta no aumento da probabilidade de riscos de efeitos indesejáveis como a tolerância, dependência, além da síndrome da abstinência, que é um dos efeitos adversos mais importante caracterizado pela dependência do medicamento. Tais efeitos podem levar a pessoa a ter uma conduta social inconveniente como a desinibição, alteração do apetite, visão borrada e euforia (BOUER, 2020)

3.3 BENZODIAZEPÍNICOS MAIS CONSUMIDOS ENTRE OS IDOSOS

Em indivíduos maiores de 60 anos de idade, deve-se sempre considerar as mudanças farmacocinéticas e farmacodinâmicas, quando comparados a adultos jovens, para indicar e, se necessário, realizar o tratamento farmacológico com BZDs. Os idosos têm maior sensibilidade do SNC em relação aos BZDs, sendo assim, doses terapêuticas para adultos jovens podem ser consideradas tóxicas nessa população. Para escolha da droga correta, deve-se analisar o perfil farmacológico de cada substância e o perfil clínico do idoso (ALMEIDA, *et al.*, 2017).

A escolha de um BDZ vai depender basicamente da indicação terapêutica e do tempo de meia-vida que cada um apresenta (RANG, *et.al.*, 2016). Segundo Whalen, *et.al.* (2016), além do tempo de meia-vida plasmática, o nível de afinidade da substância pelo seu receptor interfere diretamente no tempo de duração da ação, por isso a escolha do medicamento deve ser levada em consideração. Na tabela 2 são listados os principais medicamentos BZD com suas respectivas indicações.

Tabela 2 – Principais medicamentos benzodiazepínicos e suas indicações

Fármacos	Indicações
Alprazolam	Ansiedade
Clordiazepóxido	Ansiedade, abstinência alcoólica, pré-medicação anestésica
Clonazepam	Convulsão, ansiedade (mania aguda)
Diazepam	Ansiedade, crises epiléticas, relaxamento muscular
Lorazepam	Ansiedade, medicação pré-anestésica
Midazolam	Medicação pré-anestésica
Nitrazepam	Insônia
Bromazepam	Ansiedade

Fonte: BRUNTON, *et.al.*, 2012

O último panorama publicado sobre os dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), realizado entre 2007 e 2010, informa que os BZDs mais dispensados no país nesse período (exceto as formulações manipuladas) foram o Clonazepam, seguido do Bromazepam e do Alprazolam (BRASIL, 2011).

Segundo o Relatório sobre Substâncias Psicotrópicas, do International Narcotics Control Board (INCB), o diazepam é o BZDs mais comercializado em todas as regiões do mundo. Ressalta-se também que, o Brasil, é o segundo maior consumidor de Clonazepam do mundo, ficando atrás apenas dos EUA (SILVA, *et.al.*, 2018; SANTOS, *et.al.*, 2019).

3.4 OS RISCOS DO USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELOS IDOSOS

As alterações fisiológicas que todo indivíduo apresenta com o avançar da idade, como perda auditiva e alterações de memória, são chamadas de senescência. Contudo, alguns idosos cursam com patologias que são típicas da velhice, como cardiopatias, câncer, Alzheimer, entre outros. A esse processo patológico é chamado senilidade. (FALCI, *et.al.*, 2019).

Os BZD, assim como todo medicamento, apresentam efeitos colaterais, como sonolência, falta de memória, diminuição da atividade psicomotora, entre outros que são mais comuns em doses normais de uso, sendo necessária uma atenção maior com o uso de BZDs em idosos, pois estes estão mais susceptíveis aos efeitos colaterais, devido as suas alterações fisiológicas (MENDES, *et.al.*, 2022).

Os BZD por serem de alta eficácia, rápido início de ação e baixa toxicidade, são alvo de aumento de doses pelos pacientes e recusa em parar de usá-los, apesar das opiniões médicas (FARIA *et al.*, 2019). Em idosos, os efeitos adversos, mesmo sem dependência química instalada, incluem deficiência psicomotora e excitação ocasionalmente paradoxal. Com o uso por longo prazo, a tolerância, dependência e abstinência podem se tornar grandes desvantagens (KWANG *et al.*, 2017).

A idade avançada é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de efeitos colaterais, apresentando maior sensibilidade aos BZDs. O metabolismo é mais lento nos fármacos de longa ação; possuem uma meia vida de eliminação longa o que induz uma sedação prolongada e risco aumentado para acidentes, quedas e fraturas (FARIA, *et al.*, 2019).

Nessa fase da vida é comum o desenvolvimento de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, cardiopatias, câncer e doenças infecciosas, propiciando a utilização da polifarmácia podendo, desta forma desencadear interações medicamentosas contribuindo para ocorrência de intoxicações (SPILLERE & SORATTO, 2017).

Os efeitos colaterais de curto prazo comumente reconhecidos incluem alterações cognitivas, delírio, tontura, insônia e agitação paradoxal; dependência

física e psicológica, aumento de quedas e acidentes podem ocorrer com o uso prolongado (CARR *et al.*, 2019).

Segundo Victorri-Vigneau, *et al.* (2021), além dos conhecidos efeitos colaterais do BZD, existem alguns outros que aparecem após seu uso prolongado: aumento do risco de acidente vascular cerebral, doença de Alzheimer e cognição prejudicada. Todos estes são mais frequentes e potencialmente mais fortes na população idosa.

Geralmente, todos os BZDs elevam, em idosos, o risco de déficit cognitivo, delírio, demência, quedas, fraturas e acidentes com veículos motorizados. Por esse motivo, esses fármacos são considerados potencialmente inapropriados nessa faixa etária por oferecerem mais riscos do que benefícios (MENDES *et al.*, 2022).

A preocupação com o uso irracional de medicamentos pela população de idosos inspirou a formulação de listas de fármacos de devem ser evitados ou usados apenas em circunstâncias excepcionais, com atenção especial para as doses, frequência e duração do tratamento (BEERS, 1997).

Há aproximadamente duas décadas surgiram instrumentos visando detectar potenciais riscos de iatrogenia medicamentosa em idosos, como os Critérios de Beers e os Critérios STOPP/START, sendo Critérios de Beers o mais utilizado. Trata-se de uma ferramenta para identificar padrões inadequados de prescrição e problemas farmacoterapêuticos envolvendo idosos (CARVALHO, *et al.*, 2018).

Segue na tabela 3 (pág. 25) a lista de medicamentos não recomendados em idosos, independentemente do diagnóstico ou da condição clínica, devido ao alto risco de efeitos colaterais e com opções à prescrição de outros fármacos mais seguros pelos critérios de Beers–Fick, evidenciando os benzodiazepínicos dentre eles, pelo risco de iatrogenia medicamentosa nessa faixa etária (GORZONI *et al.*, 2012).

Tabela 3 – Lista de medicamentos não recomendados em idosos

LISTA DE MEDICAMENTOS	
Benzodiazepínicos	Amiodarona
<i>Lorazepam > 3,0 mg/dia</i>	Digoxina > 0,125 mg/dia
<i>Alprazolam > 2,0 mg/dia</i>	(exceto em arritmias atriais)
<i>Clordiazepóxido</i>	Disopiramida
<i>Diazepam</i>	Metildopa
<i>Clorazepato</i>	Clonidina
<i>Flurazepam</i>	Nifedipina
Amitriptilina	Doxazosina
Fluoxetina (diariamente)	Dipiridamol
Barbitúricos (exceto fenobarbital)	Ticlopidina
Tioridazina	Antiinflamatórios não-hormonais
Meperidina	<i>Indometacina</i>
Anoréxicos	<i>Naproxeno</i>
Anfetaminas	<i>Piroxicam</i>
Anti-histamínicos	Miorrelaxantes e antiespasmódicos
<i>Clorfeniramina</i>	<i>Carisoprodol</i>
<i>Difenidramina</i>	<i>Clorzoxazona</i>
<i>Hidroxizina</i>	<i>Ciclobenzaprina</i>
<i>Ciproheptadina</i>	<i>Orfenadrina</i>
<i>Tripelenamina</i>	<i>Oxibutinina</i>
<i>Dexclorfeniramina</i>	<i>Hiosciamina</i>
<i>Prometazina</i>	<i>Propantelina</i>
Clorpropamida	<i>Alcalóides da Belladonna</i>
Estrogênios não-associados (via oral)	Cetorolaco
Extrato de Tireóide	Ergot e ciclandelata
Metiltestosterona	Laxantes
Nitrofurantoina	<i>Bisacodil</i>
Sulfato ferroso	<i>Cascará sagrada</i>
Cimetidina	<i>Óleo mineral</i>

Fonte: Adaptado de GORZONI, *et al.*, 2012

O uso de BZD entre idosos é um problema significativo, o que torna uma preocupação crescente devido ao seu significativo perfil de efeitos colaterais e indicações clínicas limitadas para seu uso (CARR *et al.*, 2019). Mesmo

constando na lista de medicamentos não recomendados em idosos, conforme os critérios de Beers–Fick, os BZD são amplamente utilizados em todo o mundo, como demonstram estudos (VICTORRI-VIGNEAU, *et al.*, 2021).

3.5 MOTIVOS DA UTILIZAÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELOS IDOSOS

A crescente utilização dessa classe de medicamento está associada a medicalização da sociedade na atualidade, aliada às pressões mercadológicas da indústria farmacêutica e ao envelhecimento da população (ALVIM, *et.al.*, 2017).

O aumento no uso dos BZDs pela sociedade está diretamente correlacionado a dois fatores principais, o estresse e o envelhecimento da população. Pois com a rotina estressante do cotidiano e a com a longevidade, esse público ficam mais suscetíveis ao uso dos BZDs. No caso dos idosos, são em decorrência de doenças incapacitantes e aparecimento de transtornos psicológicos, como a depressão e ansiedade (KWANG, *et al.*, 2017).

Segundo Carr, *et al.* (2019), em seu estudo realizado em O Glenrose Rehabilitation Hospital, um hospital universitário e de reabilitação terciária, localizado em Edmonton - Alberta, no Canadá, as prescrições de BZD são comuns em idosos, sendo os motivos mais citados a insônia, ansiedade e delírio; estima-se que 5%–33% da população idosa receba prescrições de BZD para problemas de sono.

A insônia é uma queixa comum entre os idosos, que estão sujeitos a mudanças no sono decorrentes do envelhecimento, ou de morbidades clínicas e/ou psiquiátricas que cursam com insônia. Contudo, os efeitos de sedação dos BZDs em idosos podem ser benéficos durante a noite, mas podem comprometer a rotina diária desses pacientes (FALCI, *et.al.*, 2019). Dor crônica, depressão e isolamento também são problemas comuns entre os idosos, e encontram-se associados ao uso e dependência de BZDs (BORGES, *et.al.*, 2017).

3.6 A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

No Brasil, a distribuição de medicamentos necessários para melhorar a qualidade de vida da população e o uso adequado dos fármacos é um instrumento de política pública, utilizado na atenção à saúde. Essas ações e serviços são chamados de assistência farmacêutica (VIEIRA, 2017).

A assistência farmacêutica é um conjunto de atividades realizadas de forma estruturada, organizada, multidisciplinar, voltada para ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde individual e coletiva, proporcionando o acesso e o uso racional dos medicamentos a fim de contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população (COSTA, *et al.*, 2017).

Para o idoso, bem-estar e qualidade de vida estão mais fortemente ligados à preservação da capacidade funcional que à ausência de doenças. Estima-se que, até a metade deste século, os países de baixa renda, como o Brasil, concentrarão 80% da população idosa mundial (FALCI, *et al.*, 2019).

A assistência farmacêutica é um dos segmentos das estratégias de atenção à saúde, que possibilita, mantém e restaura o bem-estar do paciente e dos indivíduos que o compõem, favorecendo a prevenção de recorrência das enfermidades. Além disso, a assistência farmacêutica está inserida a fim de desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e a orientação fundamental para a utilização de forma correta e racional dos medicamentos (SILVA, *et al.*, 2018).

A assistência farmacêutica é constituída de 7 etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação. Essas etapas funcionam como um ciclo em que uma depende do resultado da outra, em uma ordem de funcionamento. Segue na tabela 4, na página seguinte, uma breve descrição de cada etapa desse ciclo (ABREU *et al.*, 2020).

Tabela 4 – Etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica

Etapas	Descrição
Seleção	Nesta etapa acontecem as ações de escolha dos medicamentos que são essenciais e seguros, para atender a maior parte dos problemas de saúde da população.
Programação	Nesta etapa é realizada análises para determinar a quantidade de medicamentos que devem ser obtidos para suprir o atendimento dos serviços por um tempo calculado. Esta etapa é executada através da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Os fármacos devem conter o nome genérico, forma farmacêutica, apresentação e serem ordenados levando em consideração o nível de complexidade do tratamento.
Aquisição	Nesta etapa acontece os procedimentos necessários para realizar a compra dos medicamentos na quantidade necessária, com estrutura de normas técnicas adotadas e fornecedores habilitados levando em consideração a qualidade do produto, o menor custo-benefício, a efetividade e a continuidade periódica do abastecimento.
Armazenamento	Após a aquisição, é executado um processo técnico e administrado para assegurar o armazenamento adequado das medicações quando forem recebidas. São realizadas ações para garantir os requisitos necessários e seguros para receber, armazenar, conservar e realizar um controle eficiente dos medicamentos, sem perdas com a finalidade de garantir a entrega em todos os locais de atendimento da rede do SUS.
Distribuição	Consiste em fornecer quantidades suficientes de medicamentos para as unidades de saúde, farmácias, clínicas e hospitais do SUS, garantindo a qualidade, tempo necessário, rapidez e segurança na entrega, eficiência no controle e informação.
Prescrição	Etapa que visa à elaboração de um documento formal e escrito preparado pelo prescritor que define o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento que será dispensado na farmácia.
Dispensação	Consiste no ato farmacêutico de conferir a prescrição e avaliar a farmacoterapia do paciente antes e durante a liberação de um ou mais medicamentos usando métodos adotados na atenção e cuidados farmacêuticos.

Fonte: Adaptado de ABREU, *et al.*, 2020

A Política Nacional de Medicamentos reconhece a assistência farmacêutica como prioridade à população no consumo de medicamentos, garantindo a entrega efetiva mediante a prescrição médica e as orientações necessárias sobre a utilização consciente dos fármacos dispensados (SANTANA, *et.al.*, 2019).

3.6.1 O papel do farmacêutico diante do idoso em uso de benzodiazepínicos

A assistência Farmacêutica (AF) foi considerada pelo Encontro Nacional de assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, ocorridos no Brasil em 1988, como um conjunto amplo de procedimentos os quais devem garantir o acesso e a utilização correta de medicamentos, englobando desde pesquisas, produção, armazenamento, dispensação e orientação, tendo o profissional Farmacêutico como conhecedor técnico e científico das áreas voltadas à medicação (MESSIAS, 2015).

Sendo o farmacêutico, o profissional de saúde capacitado para orientar os pacientes sobre os riscos que os medicamentos podem causar, a AF é de extrema importância, minimizando problemas farmacológicos, além de ser o responsável pela dispensação correta, inviabilizando o uso abusivo e indiscriminado de medicamentos que poderão causar vários problemas de saúde (KWANG, *et.al.*, 2017).

A AF inclui o acompanhamento do paciente com dois objetivos fundamentais: garantir que o medicamento prescrito seja seguro e eficaz, na posologia correta e resulte no efeito terapêutico desejado; atentar a fim de que, ao longo do tratamento, as reações adversas sejam pequenas e quando aparecerem, que possam ser resolvidas imediatamente (SANTOS, *et.al.*, 2019).

Uma pesquisa de realizada por Messias (2015) certificou que a atuação farmacêutica no uso racional de medicamentos proporciona ampliar o conhecimento no que se refere uso racional dos medicamentos por meio da AF e campanhas de orientação. Por esse motivo, a AF abrange a dispensação do tratamento medicamentoso e o fornecimento de informação sobre o uso dos medicamentos pelos pacientes.

Diante dos problemas ocasionados pelo mau uso de BZDs se faz necessário uma maior atuação dos profissionais farmacêuticos, no intuito de minimizar os riscos que podem surgir. O uso racional dos BZDs é, sem dúvida, um fator necessário para que sejam evitados problemas futuros (VIEIRA, 2017).

O Farmacêutico, como profissional de saúde pode colaborar com o usuário avaliando não só a receita, mas o histórico do paciente (TELLES FILHO, *et al.*, 2011). O diálogo pode detectar problemas como consumo de dose superior à prescrita, informar a importância de não ingerir bebidas alcoólicas, já que o etanol é um depressor do SNC, podendo ocasionar depressão central importante, aumentando a possibilidade de depressão respiratória, falência cardiovascular, hipotermia e coma. Desta forma, a AF pode minimizar tais episódios, uma vez que o Farmacêutico é o último profissional a ser contactado antes da administração do medicamento, no ato da dispensação (ABREU, *et al.*, 2020).

Por se tratar de um grupo de medicamentos mais consumido no mundo, se tornou necessário uma postura eficaz na restrição do uso e compra destes medicamentos. Por pertencer à classe de substâncias sujeitas a controle especial, sua dispensação deve ocorrer apenas mediante prescrição médica (MESSIAS, 2015).

Conforme a portaria 344, de 12 de maio de 1998 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os medicamentos psicotrópicos de tarja preta, como os BZDs, são dispensados com a apresentação da receita azul (figura 2, pág. 31) pertencente a lista B. Devidamente preenchida com: identificação do emitente e do usuário, nome do medicamento, quantidade e forma farmacêutica, dose por unidade posológica, assinatura do prescritor, sem qualquer rasura, tendo validade de 30 dias após a data de emissão, sem emenda e rasura (BRASIL, 1988).

Devido ao período de pandemia, a ANVISA e o Ministério da Saúde publicaram a RESOLUÇÃO – RDC No 357, DE 24 DE MARÇO DE 2020 que estabeleceu novas regras para as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial. A data de validade da receita continua a mesma, sendo alteradas somente as quantidades máximas que podem ser dispensadas, passando para 6 meses (BRASIL, 2020).

Figura 3 – Notificação de receita B

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Medicação ou Substância
UF	NÚMERO		
			Quantidade e Apresentação
			Forma Farm./Concentração por Unidade
Nome: _____			
Espécie: _____			
Raça: _____			
Porte: _____			
Proprietário: _____			
Endereço: _____			
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIDADE DO FORNECEDOR	
Nome: _____			_____ de _____ de 19 ____
Endereço: _____			
Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____		Nome	
Telefone: _____		Data	
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - C.G.C.			Veterinário C.R.M.V.
			Numeração desta impressão: de _____ a _____

Fonte: BRASIL, 2020

A AF ao público idoso exige muita atenção, pois elas exigem orientação especial, verbal e/ou escrita para potencializar o tratamento e reduzir riscos à saúde (COSTA, *et.al.*, 2017).

4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica, tipo revisão descritiva e de aspecto qualitativo relacionado ao uso abusivo de BZD em idosos, desenvolvida a partir de artigos científicos, através de levantamento de dados, utilizando-se como descritores: benzodiazepínicos, idosos, dependência, riscos, efeitos adversos, assistência farmacêutica, assim como, as suas combinações e seus respectivos termos em inglês para pesquisa de artigos internacionais, nas bases de dados da PERIÓDICOS CAPES, SCOPUS (Elsevier) e WEB OF SCIENCE, além do Google Acadêmico.

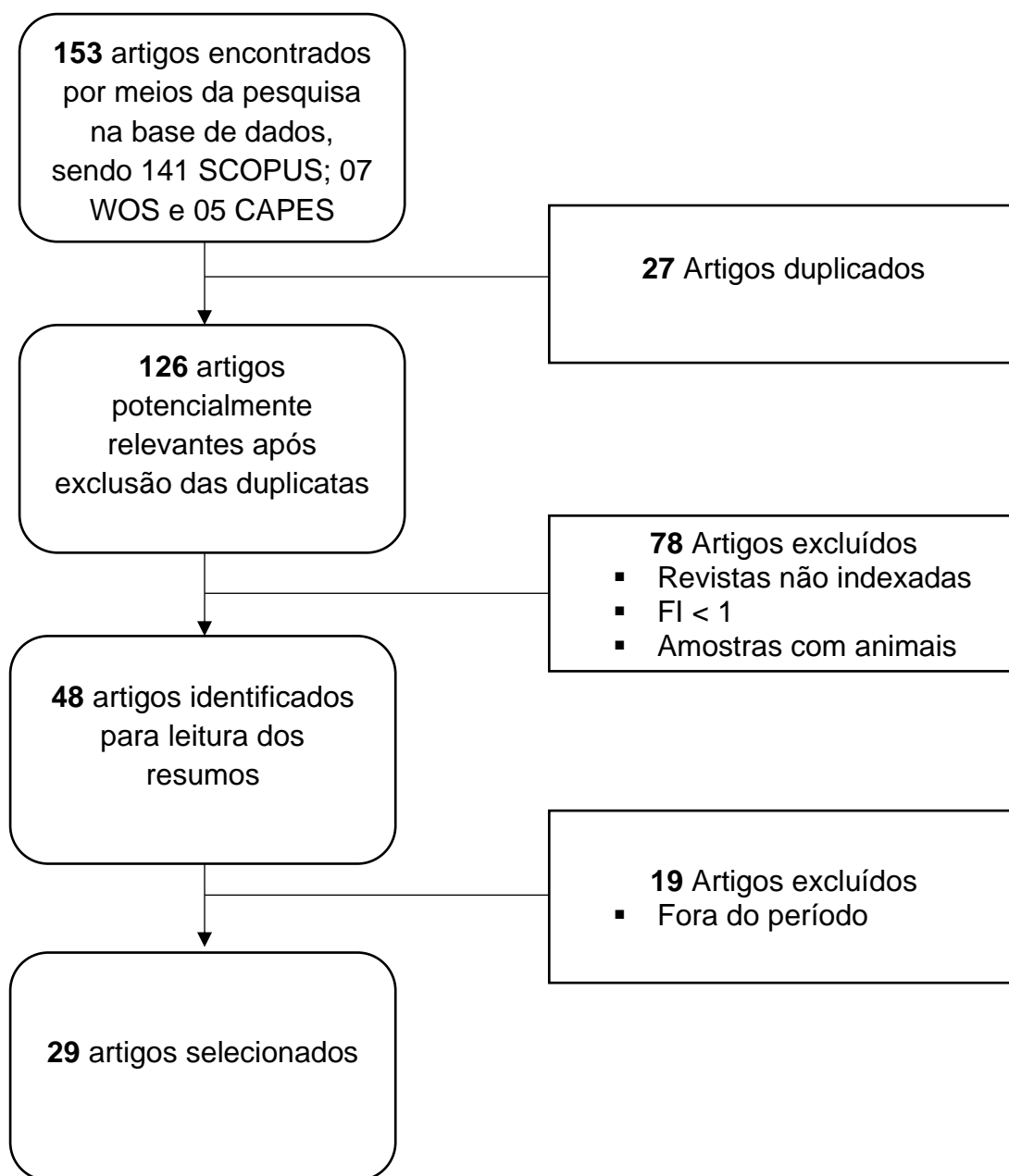
O processo de coleta se deu de forma sistematizada, mediante leitura dos resumos, com a finalidade de selecionar os que atendiam ao objeto da pesquisa, como mostra o fluxograma da figura 3, na página 33.

4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O material de estudo e de busca pertenceu a base de dados eletrônicos de acesso livre e gratuito, sendo selecionado artigos nos idiomas em português e inglês. Foram utilizados artigos de 2011 a 2022, de publicação em periódicos de revistas nacionais e internacionais com reconhecido rigor científico e que corroborem com a temática abordada.

4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão foram relacionados aos artigos com pesquisas em animais; artigos duplicados; revistas não indexadas; fator de impacto inferior a 1,0; e revisões integrativas, sistemáticas e metanálise.

Figura 4 – Fluxograma da seleção dos artigos científicos

Fonte: autoria própria

Legenda: CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior; FI: Fator de Impacto SCOPUS, do inglês, significa “escopo”; WOS: Web of Science.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a desenvolver essa pesquisa utilizamos 37 referências bibliográficas, contudo para a elaboração dessa seção foram utilizados 29 artigos, das quais 13 se destacaram pela relevância de seus achados, frente ao tema proposto, demonstrados na tabela 5, a seguir.

Tabela 5 – Artigos selecionados para pesquisa

REFERÊNCIA (AUTOR/ANO)	OBJETIVO	PRINCIPAIS ACHADOS (Continua)
ALVARENGA, J. et al., 2015	Compreender a percepção e os significados que os idosos atribuem a suas experiências relacionadas ao uso prolongado de BZD.	Os idosos entrevistados justificaram o uso crônico de BZD como um paliativo para lidar com dificuldades existenciais decorrentes de situações culturais, sociais e familiares, as quais precisam ser abordadas nos serviços de saúde.
ALVIM, M. M. et al., 2017.	Avaliar a prevalência e os fatores associados ao uso de BZD em idosos da comunidade.	A prevalência de uso de BZD foi de 18,3%. O uso de desses fármacos se mostrou associado à presença de transtornos mentais e comportamentais.
CARR, F. et al., 2019	A desprescrição ou a redução da dose de benzodiazepinas entre os idosos recentemente hospitalizados, utilizando uma intervenção de educação do paciente.	Embora se tenha observado frequentemente um agravamento da ansiedade, isto foi facilmente gerido através da substituição de uma medicação apropriada e clinicamente indicada, que foi bem tolerado e aceitável por todos os nossos participantes

REFERÊNCIA (AUTOR/ANO)	OBJETIVO	PRINCIPAIS ACHADOS (Continua)
FALCI, D. M. <i>et al.</i>, 2019.	Investigar se o psicofármaco é um preditor da incidência de incapacidade entre idosos	O estudo evidenciou uma associação prospectiva entre o uso de psicofármacos e a incapacidade funcional.
KWANG, S.H. <i>et al.</i>, 2017	Examinar as tendências na prescrição de BZD para idoso (acima de 65 anos) na Coreia, país com maior nível de gastos com medicamentos em comparação com outros países de Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)	A prevalência de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados, como BZD, permanece alta na Coreia.
LIRA, A.C. <i>et al.</i>, 2014	Identificar o perfil epidemiológico dos usuários de BZD residentes em áreas adscritas à Unidade de Saúde da Família da cidade do Recife.	Constatou-se o problema do uso do grupo terapêutico estudado em mulheres idosas, em uma proporção significativa, com continuidade do uso que vai além de uma finalidade específica e com um tempo indeterminado
MARINHO, A. C. H. <i>et al.</i>, 2021	Descrever o perfil de utilização dos medicamentos ansiolíticos dispensados em uma Farmácia da Família no Sudoeste Baiano.	A pesquisa evidenciou um perfil de uso crônico de BZD, com idade média dos usuários de 53,87 anos, prevalecendo o gênero feminino (59,34%), com baixo poder aquisitivo e grau de escolaridade.

REFERÊNCIA (AUTOR/ANO)	OBJETIVO	PRINCIPAIS ACHADOS (Continua)
MENDES, A.K.A. <i>et al.</i>, 2022	Identificar o perfil dos idosos em uso de BZD no Brasil	Mesmo contraindicados para esta faixa etária, ainda é alta a taxa de uso de BZD por idosos no Brasil.
NALOTO, D.C.C. <i>et al.</i>, 2016.	Comparar as prescrições de BZD em adultos e idosos quanto aos indicadores do uso apropriado.	O uso crônico foi observado em todos os adultos e idosos com transtornos depressivos e ansiosos e uma minoria das prescrições era apropriada.
OLIVEIRA, A.L.M.L. <i>et al.</i>, 2020	Investigar a tendência do uso de BZD entre idosos mais velhos (75 anos ou mais) residentes em comunidade.	Este estudo evidenciou um importante aumento no uso de BZD em uma população idosa mais velha.
RODRIGUES, G.F. <i>et al.</i>, 2021.	Descrever os riscos do uso de ansiolíticos e indutores do sono na população idosa.	Evidencia-se que medicamentos como, ansiolíticos e indutores do sono, devem ser prescritos com cautela pelos médicos, visando minimizar efeitos adversos que podem ser causados por esses fármacos quando utilizados a longo prazo.
SILVA, V.P. <i>et al.</i>, 2015.	Identificar o perfil epidemiológico dos usuários de BZD.	Os resultados apontam que a maior parte dos usuários de BZD são do sexo feminino, autodeclarados negros ou pardos, com idade entre 53 e 60 anos, com baixo nível de escolaridade e renda família.

REFERÊNCIA (AUTOR/ANO)	OBJETIVO	PRINCIPAIS ACHADOS (Fim)
TELLES FILHO, P.C.P. <i>et al</i> , 2011.	Verificar e analisar a prevalência da utilização de BZD por idosos cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família de Diamantina - Minas Gerais.	O estudo evidenciou a necessidade de reorganizar o processo de trabalho na instituição investigada, de forma a propiciar uma adequação das prescrições e um seguimento mais eficaz.

Fonte: Autoria própria

Os dados foram agrupados de acordo com os aspectos que mais se destacaram e que foram relevantes ao tema.

Principais efeitos dos benzodiazepínicos em idosos

Estudos afirmam que os BZD não devem ser usados por mais de três a quatro semanas, pela perda de sua função além dos possíveis efeitos colaterais que seu uso pode trazer em longo prazo, como perda cognitiva, diminuição da produtividade e maior possibilidade de acidentes. (ALVIM, *et al.*, 2017; CARR, *et al.*, 2019; LIRA, *et al.*, 2014).

Segundo Falci, *et al* (2019), os BZD destacam-se por sua ação sedativa e hipnótica. O efeito cumulativo da ação sedativa afeta os movimentos físicos e a coordenação motora, prejudicando o desempenho psicomotor.

No estudo conduzido por Naloto, *et al* 2016, no Brasil, constatou-se que os BZDs foram a terceira classe de substância mais utilizada. Além disso, pessoas que utilizam BZDs a longo prazo para solucionar uma situação breve como a insônia, passam a utilizar de maneira contínua, levando a um problema crônico, aumentando o risco de efeitos adversos como perda das funções cognitivas como, por exemplo, demência, amnésia retrógrada, letargia, vertigem, cefaleia, cansaço, ansiedade, ataxia, hipotensão postural, intoxicação, dependência, tolerância, desequilíbrio, e acidentes, aumentando a frequência de quedas.

Os benzodiazepínicos mais consumidos entre os idosos

Os BZD, de acordo com Kwang, *et al.*, 2017; Carr, *et al.*, 2019 e Falci, *et al.*, 2019, são as drogas mais utilizadas em todo o mundo.

Na pesquisa de Alvarenga, *et al.* (2015), realizada com 22 idosos, sendo 18 mulheres e 04 homens, todos os homens e a maioria das mulheres (10) estavam em uso de Clonazepam. Todos eram usuários crônicos de BZD, sendo o tempo mínimo de consumo de seis meses e o máximo de quase 40 anos.

Oliveira, *et al.* (2020), relata que em seu estudo ocorreram mudanças significativas nas prevalências para o uso do clonazepam, quando comparado a estudos anteriores (aumento de 3,1 para 16,3%) e do bromazepam (diminuição de 9,0 para 2,9%); o uso de lorazepam aumentou (de 4,4 para 6,0%), mas não significativamente, e o de diazepam permaneceu estável, em torno de 4,0%.

No estudo de Alvim, *et al.* (2017), realizado com 400 idosos, a prevalência de uso de BZD na população foi de 18,3% (73/400), sendo clonazepam, bromazepam e alprazolam os mais utilizados.

Em alguns estudos, o Lorazepam foi o BZD mais consumido pela população (SILVA, *et al.*, 2015; TELLES FILHO, *et al.*, 2011; OLIVEIRA, *et al.*, 2020), porém ocorrem algumas divergências entre autores, por exemplo, no estudo realizado por Marinho, *et al.* (2021), o lorazepam foi um dos BZD's menos utilizados, o que pode estar relacionado as características sociodemográficas da população analisada.

Acerca das particularidades relacionadas ao uso de BZDs, o Clonazepam foi o medicamento mais prescrito para os pacientes no estudo realizado por Marinho, *et al.* (2021), representando 85,71% das notificações de receitas B1, seguido por 17,58% de indicações do Diazepam.

Similarmente, os autores Lira, *et al.*, 2014; Alvim, *et al.*, 2017; Mendes, *et al.*, 2022 e Naloto, *et al.*, 2016 compartilham esses mesmos resultados, evidenciando que, no Brasil, o Clonazepam e o Diazepam estão nas primeiras posições do ranking, correlacionadas em vários estudos à sua disponibilização e oferta gratuita pelo sistema público de saúde, uma vez que estão elencados na RENAME. Evidencia-se, portanto, a prevalência, até mesmo mundial, do

consumo desses fármacos de meia-vida longa, prescritos e dispensados a partir de uma favorecida condição do sistema de saúde.

Diferenças encontradas entre os estudos podem ser justificadas pela diferença nas definições de uso e no período de observação.

Os riscos do uso abusivo de benzodiazepínicos em idosos

A procura acentuada desses fármacos, somada ao desconhecimento acerca dos riscos do seu consumo e às prescrições inadequadas de médicos não especialistas, colabora para o crescente uso indiscriminado de ansiolíticos, o qual aumenta as chances de reações adversas, intoxicações, bem como dependência. Afirma Rodrigues, *et al.*, 2021.

Falci, *et al.* (2019) afirma em seu estudo que os BZD são os psicofármacos que mais têm sido investigados quanto ao seu potencial prejuízo na capacidade funcional entre idosos, estando relacionados ao comprometimento da cognição, bem como à ocorrência de delírio, quedas e fraturas.

Segundo Alvim, *et al.* (2017), entre os usuários de BZD, destaca-se em seu estudo o uso prolongado em 85,5% dos idosos e a alta prevalência de BZD de meia-vida longa (59,2%). Os BZD de meia-vida longa acumulam quando administrados repetidamente e seus efeitos indesejáveis podem manifestar-se depois de vários dias ou semanas. E afirma, também, que o risco de demência aumenta com dose cumulativa, duração do tratamento e quando fármacos de ação prolongada são usados.

A literatura aponta que até mesmo BZD de ação curta são um fator de risco significativo associado à frequência de quedas em pacientes geriátricos (LIRA, *et al.*, 2014).

Os motivos da utilização de benzodiazepínicos pelos idosos

No estudo realizado por Alvarenga, *et al.* (2015), entre os homens entrevistados, o motivo de continuar utilizando essa medicação estavam relacionados a problemas para dormir ou labirintite. Entre as mulheres, foram identificados: dificuldades relativas ao sono, nervosismo, solidão, sintomas

depressivos, preocupação com problemas familiares, existenciais, ou reação ao luto. Para os entrevistados, o BZD representa um suporte para lidar com as dificuldades da vida e com os medos na velhice.

O aumento no uso dos BZD pela sociedade está diretamente correlacionado a dois fatores principais, o estresse e o envelhecimento da população. Pois com a rotina estressante do cotidiano e com a longevidade, esse público fica mais suscetível ao uso dos BZD. No caso dos idosos, são em decorrência de doenças incapacitantes e aparecimento de transtornos psicológicos, como depressão e ansiedade (KWANG, *et al.*, 2017).

Considerando o uso terapêutico, na pesquisa realizada por Lira, *et al.* (2014), os mais comumente utilizados foram: 42,6% como hipnótico/sedativo, seguido de ansiolítico 41,2%; 8,8% para depressão; 5,9% como anticonvulsivante/antiepilético e 1,5% utilizavam para alívio da dor.

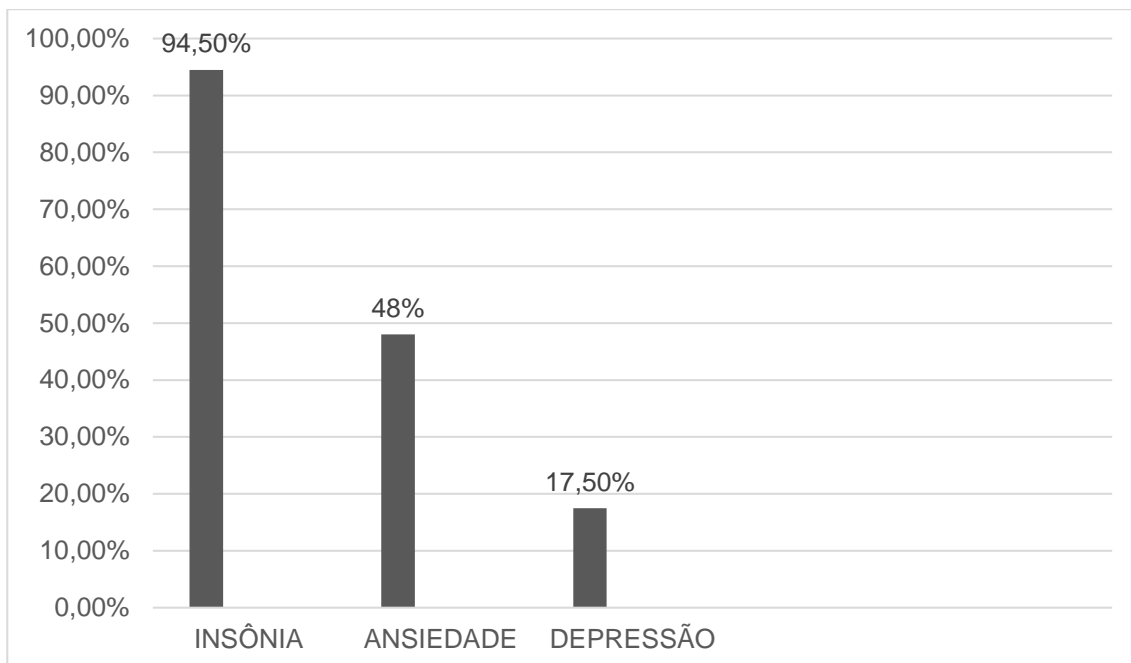
Naloto, *et al.* (2016) observou um aumento gradativo na prevalência do uso de psicotrópicos, e os BZDs têm sido mais utilizados na prática clínica para o tratamento dos transtornos de ansiedade, de humor, insônia, queixas somáticas, abstinência alcoólica, delirium e distúrbios induzidos por neurolépticos, devido ao seu perfil de segurança quando comparados aos barbitúricos.

No que se refere ao problema de saúde mais citado pelos entrevistados, na pesquisa realizada por Marinho, *et al.* (2021), a insônia correspondeu a um percentual de 96,91% do total de usuários de BZDs. Divergindo dos resultados encontrados por Oliveira, *et al.* (2020), que apontam como principal motivo de indicação desses fármacos a ansiedade (36,7%).

Rodrigues, *et al.* (2021) declara em seu estudo que a maioria, 91,21%, declarou utilizar para insônia, 54,94% para ansiedade e 26,37% para depressão. Além disso, mais da metade dos entrevistados, 54,94%, afirmaram utilizar o benzodiazepínico por mais de um motivo. Semelhante à pesquisa realizada por Mendes, *et al.* (2022) onde destacam que a insônia representou um maior percentual de utilização (62,5%), acompanhada por depressão (53,1%) e ansiedade (43,8%).

O gráfico 1, abaixo, mostra os principais motivos da utilização de BZD por idosos de acordo com a média de porcentagens traduzida pelos artigos revisados.

Gráfico 1 - Principais motivos da utilização de BZD por idosos de acordo com a média de porcentagens traduzida pelos artigos revisados



Fonte: Artigos selecionados

A importância da assistência farmacêutica

Para Alvarenga, *et al.* (2015), intervenções direcionadas para farmacêuticos e médicos visando interromper prescrições de BZD são muito limitados. Contudo, em seu trabalho, apenas uma mulher afirmou ter interrompido o uso da medicação mediante a recusa das filhas em adquiri-la, após considerarem a orientação do farmacêutico.

Marinho, *et al.* (2021) relata em sua pesquisa que não ocorreu a dispensação de 16,49% das prescrições de BZD por motivos diversos, como rasuras, ausência do carimbo do prescritor, concentração errada do fármaco, dosagem não pertencente à Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), Cartão Nacional de Saúde (CNS) não pertencente ao município e

nova prescrição antes do prazo previsto para o término da última medicação dispensada (menos de 60 dias).

A pesquisa realizada por Telles Filho, *et al.* (2011) apontam um perfil de uso crônico de BZDs, complementado que 36% dos entrevistados o faziam a mais de 10 anos, sendo que a maioria relatou não ser capaz de viver sem a medicação (74%). Oliveira, *et al.* (2020) também evidenciam essa cronicidade, no entanto, destacam que houve relatos de consumo por mais de 20 anos, o que gera como consequência a dependência.

Nos estudos realizados por Silva, *et al.*, 2015; Naloto, *et al.*, 2016; Kwang, *et al.*, 2017; Falci, *et al.*, 2019; Rodrigues, *et al.*, 2021, verificou-se que a utilização de BZD foi associada ao aumento de riscos de quedas quando combinado com polifarmácia.

Além disso, em caso de uso indevido ou por tempo prolongado, esses efeitos são potencializados, podendo acarretar dependência e como consequência, síndrome de descontinuação (ALVIM, *et al.*, 2017; CARR, *et al.*, 2019; MENDES, *et al.*, 2022). Dados que evidenciam a importância do profissional farmacêutico na realização da reconciliação medicamentosa, realizando uma AF de forma atuante.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O uso de BZD é bastante prevalente na população idosa;
- Os principais motivos para a utilização de BZD, que justificam seu uso crônico são insônia e ansiedade;
- Seus inúmeros efeitos adversos, contraindicam a prescrição dessa classe de medicamentos para idosos, uma vez que deprimem o Sistema Nervoso Central, podendo aumentar o risco de quedas, fraturas, sonolência, confusão mental e dependência;
- Os resultados dessa pesquisa sugerem uma AF efetiva, a fim de dirimir problemas relacionados ao uso irracional da terapêutica medicamentosa, contribuindo na intervenção de prescrições inadequadas;
- A relevância do tema requer investigação adicional, principalmente após a pandemia da Covid-19, uma vez que evidências tem demonstrado impactos na saúde mental dos indivíduos, afetando particularmente os idosos, com aumento da ansiedade e do isolamento social devido às políticas de distanciamento físico, criadas para o controle da pandemia. É provável que a prevalência de utilização de BZD aumente ainda mais nesse contexto, de modo que, se fazem necessárias políticas públicas que promovam o uso racional dessa classe de medicamentos.

REFERÊNCIAS

ABREU, R.D.S. *et al.* **Assistência farmacêutica em unidades básicas de saúde: um foco no serviço farmacêutico.** Brazilian Journal of Health Review, v. 3, 2020.

ALMEIDA, N.A. *et al.* **Prevalence of and factors associated with polypharmacy among elderly persons resident in the community.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 20, 2017.

ALVARENGA, J.M. *et al.* **Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de "jogar água no fogo", não pensar e dormir.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 18, 2015.

ALVIM, M.M. *et al.* **Prevalence of and factors associated with benzodiazepine use in community-resident elderly persons.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 20, 2017.

BEERS, M.H. **Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly: an update.** Archives of internal medicine, v. 157, 1997.

BORGES, E. *et al.* **O envelhecimento populacional: um fenômeno mundial. O envelhecimento populacional um fenômeno,** 2017.

BOUER, J. **O impacto da COVID-19 no uso de calmantes e antidepressivos,** 2020, data de acesso 18/03/22.

BRASIL, **Portaria 344 de Maio de 1998,** https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html, data de acesso 03/04/2022.

BRASIL, **Resolução 357 de Março de 2020,** <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-357-de-24-de-marco-de-2020-249501721>, data de acesso 03/04/2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados,** vol. 2, ano 1, 2011.

BRUNTON, L.L. *et al.* **As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman e Gilman-12.** Artmed Editora, 2012.

CARR, F. *et al.* **Deprescribing benzodiazepines among hospitalised older adults: quality improvement initiative.** BMJ open quality, v. 8, 2019.

CARVALHO, M.R.P. *et al.* **Critérios STOPP/START Um estudo sobre a sua aplicabilidade em Farmácia Comunitária.** Tese de Doutorado. Universidade de Coimbra, 2018.

COSTA, E.A. *et al.* **Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde,** Brasil. Revista de Saúde Pública, 2017.

FALCI, D.M. *et al.* **Use of psychoactive drugs predicts functional disability among older adults.** Revista de Saúde Pública, v. 53, 2019.

FARIA, J.S.S. *et al.* **Benzodiazepínicos: revendo o uso para o desuso.** Revista de Medicina, v. 98, 2019.

FREITAS, L.Z. *et al.* **Atualizações sobre a relação entre insônia e hipertensão em idosos.** Research, Society and Development, v. 10, 2021.

GORZONI, M.L. *et al.* **Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 58, 2012.

HWANG, S.H. *et al.* **Trends in the prescription of benzodiazepines for the elderly in Korea.** BMC psychiatry, v. 17, 2017.

LIRA, A.C. *et al.* **Perfil de usuários de benzodiazepínicos no contexto da atenção primária à saúde.** Revista de APS, v. 17, 2014.

MARINHO, A.C.H.M. *et al.* **Análise do perfil de utilização de medicamentos ansiolíticos em uma unidade da Farmácia da Família no Sudoeste Baiano.** Research, Society and Development, v. 10, 2021.

MENDES, A.K.A. *et al.* **Uso de benzodiazepínicos em idosos no Brasil.** Research, Society and Development, v. 11, 2022.

MESSIAS, M.C.F. **Atenção farmacêutica no uso racional de medicamentos.** Science in Health, v. 6, 2015.

NALOTO, D.C.C. *et al.* **Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, 2016.

OLIVEIRA, A.L.M.L. *et al.* **Aumento da utilização de benzodiazepínicos entre idosos mais velhos: Projeto Bambuí.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 23, 2020.

RANG, H.P. *et al.* **Farmacologia.** 8. ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2016.

RODRIGUES, G.F. *et al.* **Riscos associados ao uso de fármacos psicoativos na população idosa.** Revista Eletrônica Acervo Científico, v. 37, 2021.

SANTANA, D.P.H. *et al.* **A importância da atenção farmacêutica na prevenção de problemas de saúde.** Revista de Iniciação Científica e Extensão, v. 2, 2019.

SANTOS, C.A.G. **Descontinuação do uso indiscriminado de benzodiazepínicos entre os usuários da UBS Rasa em Ponte Nova-MG.** Monografia (Especialização em Estratégia Saúde da Família) Faculdade de Medicina de Ponte Nova, 2017.

SANTOS, P.A. *et al.* **A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento.** Audiology - Communication Research, v. 24, 2019.

SILVA, A.S. *et al.* **Indicadores do uso de medicamentos na atenção primária de saúde: uma revisão sistemática.** Revista Panamericana de Salud Pública, v. 41, 2018.

SILVA, V.P. *et al.* **Perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2015.

SPILLERE, T.V. & SORATTO, M.T. **O uso abusivo de ansiolítico pelo idoso.** Enfermagem Brasil, v. 16, 2017.

TELLES FILHO, P.C.P. *et al.* **Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem.** Escola Anna Nery, v. 15, 2011.

VICTORRI-VIGNEAU, C. *et al.* **Are seniors dependent on benzodiazepines? A national clinical survey of substance use disorder.** Clinical Pharmacology & Therapeutics, v. 109, 2021.

VIEIRA, F.S. **Integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica: um debate necessário.** Revista de Saúde Pública, v. 51, 2017.

WHALEN, K. *et al.* **Farmacologia Ilustrada**, 6ª Edição. Artmed Editora, 2016.