



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM FÁRMACIA

HALLYSON SANTOS MORAIS LIMA

USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

CUITÉ - PB

2017

HALLYSON SANTOS MORAIS LIMA

USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de bacharelado em farmácia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, *campus* Cuité, para obtenção do grau de bacharel em farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Fernando de Sousa Oliveira.

CUITÉ - PB

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

L732u Lima, Hallyson Santos Morais.

 Uso de benzodiazepínicos em idosos: uma revisão integrativa. / Hallyson Santos Morais Lima. - Cuité: CES, 2017.

 47 fl.

 Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

 Orientador: Fernando de Sousa Oliveira.

 1. Benzodiazepínicos. 2. Ansiolíticos. 3. Idosos. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 615.4

HALLYSON SANTOS MORAIS LIMA

USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de bacharelado em farmácia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, *campus* Cuité, para obtenção do grau de bacharel em farmácia.

Aprovado em: 09/03/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando de Sousa Oliveira

Orientador – UFCG

Prof.^a Dr.^a. Francinalva Dantas de Medeiros

Examinadora – UFCG

Me. Adriana Emanuely da Silva Barros

Examinadora

Aos meus pais, **Carlos Roberto Moraes Lima e Edilza Oliveira Santos Lima**,

por não medirem esforços para que eu realizasse este sonho

e a minha irmã **Hellen Roberta Santos Moraes Lima**

pelo apoio durante todos estes anos de curso.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força ao longo dessa caminhada árdua e de muitos sacrifícios e renúncias, me fazendo manter sempre o foco no objetivo, mesmo em meio as dificuldades, aumentando cada vez mais a minha FÉ.

A todos os meus familiares pela torcida, ajuda e força ao longo desses anos de minha vida acadêmica, em especial Tia Vitória e seu esposo Tio Silvar por ter me dado apoio no momento que mais precisei no final do curso, o meu MUITO OBRIGADO!!!

Ao meu orientador Prof. Dr. Fernando de Sousa de Oliveira, minha eterna gratidão por aceitar a difícil tarefa de orientar o trabalho e contribuir decisivamente para sua qualidade.

Aos meus amigos e amigas de caminhada Adriana E. Silva, Nara Maísa, Járliá Priscilla, Maísa Lucena, Amanda Lima, Clara Theotônio, Tairine Gurgel e Leo Fernandes.

Aos todos os mestres que tive ao longo da minha vida, o meu muito obrigado.

A todos os meus amigos que fiz ao longo da minha vida.

Aos que me ajudaram direta e indiretamente como os “caronistas”, fico eternamente grato.

Aos meus avós Isaura Hermelita, João Duda *In Memoriam*, Marina Morais, Pedro Martins *In Memoriam*.

Aos professores, mestres e doutores que tive ao longo de minha vida em especial a UFCG *campus* Cuité, na qual convivi um pouco mais de cinco anos ao longo da graduação, onde pude ter momentos de alegria e descontração com meus colegas de curso, vou sentir saudades de todos esses momentos.

“O homem não teria alcançado o possível, se inúmeras vezes
não tivesse tentado atingir o impossível.”

Max Weber

RESUMO

LIMA, H. S. M. **USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**. 2017. 47f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2017.

A população idosa foi uma das classes populacionais que mais cresceu no Brasil nos últimos 10 anos, em decorrência disso, segundo estimativas da OMS, até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Concomitantemente a este crescimento, houve uma alta prevalência de doenças mentais e conseqüentemente, um aumento no consumo de psicotrópicos, entre eles o uso de benzodiazepínicos. Esses fármacos, são os mais prescritos e largamente utilizados no mundo inteiro, para combater a insônia e ansiedade, principalmente em idosos. Sendo assim, torna-se bastante relevante estudar mais sobre essa temática, principalmente em idosos. O estudo tem por objetivo, realizar uma revisão sobre o uso de benzodiazepínicos em idosos, analisando seus efeitos e quais são os riscos causados devido ao seu uso prolongado. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, para a sua realização e elaboração, foram utilizados artigos, sendo estes, lidos, interpretados e analisados. As suas respectivas referências, foram obtidas nos bancos de dados eletrônicos: Scielo, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), ScholarGoogle, periódicos da CAPES, Medline/PubMed, onde foram utilizados como descritores: “benzodiazepínicos”, “ansiolíticos”, “idosos”, “ansiedade”, “terceira idade”, assim como, as suas combinações e seus respectivos termos em inglês para pesquisa de artigos internacionais, seguindo como critérios de inclusão, artigos publicados em revistas nacionais e internacionais publicados em periódicos no período de dez anos (2007-2017), priorizando os mais recentes. O uso de benzodiazepínicos pelos idosos tem gerado uma série de discursões, vários estudos realizados nos últimos anos, relatam que as mulheres idosas são as que mais consomem este tipo de medicamento e que o seu uso prolongado, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas, provoca fenômenos de tolerância e dependência, principalmente em idosos. Analisando os artigos se pode concluir que é imprescindível a importância do profissional farmacêutico na orientação do uso racional dos benzodiazepínicos para tentar minimizar os riscos causados pelo uso indiscriminado e abusivo desses medicamentos.

Palavras-chaves: Benzodiazepínicos. Ansiolíticos. Idosos.

ABSTRACT

LIMA, H. S. M. **USE OF BENZODIAZEPINES IN ELDERLY: AN INTEGRATING REVIEW**. 2017. 47f. Completion of Course Work (Graduation in Pharmacy) - University Federal of Campina Grande, Cuité, 2017.

The elderly population was one of the population classes that grew the most in Brazil in the last 10 years. As a result, according to WHO estimates, by 2025, Brazil will be the sixth country in the world in terms of the number of elderly people. Concurrently with this growth, there was a high prevalence of mental illnesses and, consequently, an increase in the consumption of psychotropic drugs, among them the use of benzodiazepines. These drugs are the most widely prescribed and widely used worldwide to combat insomnia and anxiety, especially in the elderly. Thus, it becomes quite relevant to study more about this subject, especially in the elderly. The aim of the study is to review the use of benzodiazepines in the elderly, analyzing their effects and what the risks are due to their prolonged use. It is an integrative review of the literature, for its realization and elaboration, articles were used, being these, read, interpreted and analyzed. Their respective references were obtained from the electronic databases: Scielo, Virtual Health Library (VHL), ScholarGoogle, CAPES journals, Medline / PubMed, where the following descriptors were used: "benzodiazepines", "anxiolytics", "Anxiety", "old age", as well as their combinations and their respective terms in english for international articles search, following as inclusion criteria, articles published in national and international journals published in periodicals in ten years (2007-2017), prioritizing the most recent ones. The use of benzodiazepines by the elderly has generated a series of discursions, several studies carried out in recent years, report that elderly women are the ones who consume this type of medication more and that their prolonged use, exceeding periods of 4 to 6 weeks, causes Phenomena of tolerance and dependence, especially in the elderly. Analyzing the articles, it is possible to conclude that the importance of the pharmaceutical professional in guiding the rational use of the benzodiazepines is essential to try to minimize the risks caused by the indiscriminate and abusive use of these drugs.

Keywords: Benzodiazepines. Anxiolytics. Aged.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Principais benzodiazepínicos utilizados em idosos	26
-----------------	---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Estrutura química do clordiazepóxido	21
Figura 2	Estrutura química dos benzodiazepínicos	22

LISTA DE ABREVIATURAS, SIMBOLOS E SIGLAS

AINEs	Anti-inflamatórios não esteroidais
BZD	Benzodiazepínico
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
IECA	Inibidores da enzima conversora de angiotensina
GABA	Ácido gama Aminobutírico
IM	Intramuscular
IV	Intravenosa
MPI	Medicamento potencialmente inadequado
OMS	Organização mundial da saúde
%	Percentual
PIM	Prescrição inadequada de medicamentos
PL	Projeto de lei
RAM	Reação adversa medicamentos
SNC	Sistema nervoso central
URM	Uso racional de medicamentos
VO	Via oral
CYP450	Citocromo P450

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos	14
3 METODOLOGIA	15
3.1 Critérios de inclusão	16
3.2 Critérios de exclusão.....	16
4 REVISÃO DA LITERATURA	17
4.1. Os idosos.....	17
4.2 Alterações anatomofisiológicas dos idosos	18
4.3. Os benzodiazepínicos	20
4.4 Uso de benzodiazepínicos em idosos.....	24
4.5 Transtornos de ansiedade em pacientes idosos.....	28
4.6 Risco de quedas, declínio cognitivo e efeitos indesejáveis do uso de benzodiazepínicos em idosos	30
4.7 Interações medicamentosas dos benzodiazepínicos em idosos	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

O Estatuto do idoso, que foi instituído pelo Projeto de Lei (PL) nº 3.561/97, configura-se como uma grande conquista para a população idosa e para a sociedade ou mais um instrumento para a realização da cidadania, garantindo ao idoso o direito à liberdade, à dignidade, à integridade, à educação, à saúde, ao meio ambiente de qualidade, dentre outros direitos fundamentais (individuais, sociais, difusos e coletivos), cabendo ao Estado, à sociedade e à família a responsabilidade pela proteção e garantia desses direitos (FEITOSA et al., 2016).

Este projeto de Lei foi promulgado em 2003, após mais de sete anos de intenso debate entre a Câmara dos Deputados e representantes da sociedade. O Estatuto veio garantir, na especificidade, os direitos fundamentais da pessoa idosa, principalmente no que se refere às suas condições de saúde, dignidade e bem-estar (BRASIL, 2013).

No âmbito da saúde, o envelhecimento populacional é um fenômeno que gera novas demandas para os serviços e aumentos substanciais nos custos de programas, exigindo o conhecimento de problemas prioritários e o desenvolvimento de ações visando à sua resolução (GOMES, 2013). Devido às diferenças socioeconômicas e culturais de cada país, o envelhecimento populacional ainda ocorre de forma desigual e específica (ARAÚJO, 2015).

Frente ao crescente aumento da população de idosos e da alta prevalência de transtornos mentais como: depressão, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo, estresse pós-traumático, entre os mesmos e da incipiência na efetivação das políticas públicas, com vistas à melhoria das condições de vida e saúde dessa população, considera-se relevante obter dados que possam desencadear novas reflexões e propostas de intervenções relacionadas à atenção ao idoso (ONOFRI; MARTINS; MARIN, 2016).

No Brasil, observa-se a crescente utilização de psicofármacos, que são fármacos que atuam no sistema nervoso central (SNC), pela população idosa, em decorrência disso, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 2005 e 2015, a proporção de pessoas com mais de 60 anos de idade cresceu em velocidade superior à da média mundial, saindo de 9,8% para 14,3%, sendo assim, o relatório assinala que o país está se aproximando da taxa projetada em países desenvolvidos (BRASIL, 2016). Até 2025, segundo a OMS, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos (SILVA; HERZOG, 2015).

Em consequência disso e por conviver com problemas crônicos de saúde, os idosos são consumidores de grande número de medicamentos que, embora necessários, quando não utilizados segundo a prescrição, podem desencadear complicações sérias e aumento dos custos individuais e governamentais com saúde (SALES A.; SALES M.; CASOTTI, 2017).

A polimedicação, por exemplo, também conhecida como polifarmacoterapia ou polifarmácia, pode aumentar a probabilidade de reações adversas ao medicamento, interações medicamentosas, diminuição da adesão do tratamento, toxicidade e outros fatores que podem está associado a essa pratica que é, por sua vez, muito frequente nos idosos (ROSA; CARMARGO, 2014).

Muitos medicamentos são comumente utilizados por idosos como, por exemplo, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), diuréticos, digoxina, antidislipidêmicos, depressores do SNC, sendo potencialmente interativos (FERREIRA et al., 2016). Há, ainda, os indutores (fenitoina, carbamazepina) e inibidores enzimáticos como, por exemplo, cimetidina e omeprazol que, frequentemente, encontram-se envolvidos nas interações medicamentosas (IM) que ameaçam a saúde do idoso (SECOLI, 2010).

A distribuição gratuita desses medicamentos, sem maiores medidas de controle, permite uma facilidade ao acesso. O abuso no uso de medicamentos, como por exemplo, o uso e abuso de benzodiazepínicos, é um assunto importante, sendo este, objeto de análise e de discussão em saúde pública, principalmente na população idosa, que entre as características clínicas mais importantes, destaca-se, por estes indivíduos apresentarem alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas próprias do envelhecimento (SILVA et al., 2015b).

Diante do exposto, torna-se bastante relevante estudar a temática proposta para se obter uma linha de raciocínio do ponto de vista epidemiológico e clínico, possibilitando um maior conhecimento do tema e do consumo de benzodiazepínicos por idosos, que é considerado um grupo de risco, justamente por ser um grupo de pacientes polimedicados. Sendo assim, justifica-se a necessidade de elaboração de trabalhos de modo a sistematizar o conteúdo abordado para que eles sirvam como base para os próximos estudos clínicos, traçando assim, um perfil epidemiológico, clínico e científico mais eficiente e que possa ser utilizado no planejamento de ações de controle e do uso abusivo desses medicamentos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Realizar uma revisão sobre o uso de benzodiazepínicos em idosos.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar os efeitos causados pelos benzodiazepínicos nos idosos;
- Levantar dados epidemiológicos sobre quais benzodiazepínicos são mais prescritos na terceira idade;
- Apresentar uma revisão da farmacocinética e farmacodinâmica dos benzodiazepínicos e sua biodisponibilidade em pacientes idosos;
- Relatar as condições de risco nos idosos, em consequência do uso prolongado dos benzodiazepínicos.

3 METODOLOGIA

A revisão da literatura é essencial para definir a temática da melhor maneira possível, sendo assim, obtém um conceito necessário sobre a situação atual do estudo relacionado a um dado tema, contribuindo na investigação para o desenvolvimento da ciência (CARDOSO; ALARCÃO; CELORICO, 2010).

“Cada investigador analisa minuciosamente os trabalhos dos investigadores que o precederam e, só então, compreendido o testemunho que lhe foi confiado, parte equipado para a sua própria aventura” (CARDOSO; ALARCÃO; CELORICO, 2010).

A revisão integrativa da literatura engloba a análise e elaboração de pesquisas bem pertinentes e que podem dar suporte para outros estudos, possibilitando uma melhoria na prática clínica, na síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser concluídas com um tempo em outros estudos científicos, sendo assim, se faz necessário adotar padrões de rigor metodológico com extrema clareza na apresentação dos resultados, de uma forma que todos possam compreender as características reais dos estudos inclusos na revisão. Além disso, com a revisão integrativa da literatura é possível construir um conhecimento com embasamento teórico, fundamentado e uniforme para os profissionais de saúde (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura onde a metodologia, por sua vez, pode proporcionar uma pesquisa bem elaborada, de cunho científico preciso e com a maior clareza, possibilitando uma melhor identificação das lacunas contribuindo assim para outros trabalhos e pesquisas como obtenção de artigos científicos, dissertações e teses que abordem a temática (SANTOS; FERREIRA; SILVA, 2015).

Para a realização e elaboração do estudo foi realizada uma pesquisa de artigos, onde estes, foram lidos, interpretados e analisados, suas respectivas referências, nos bancos de dados eletrônicos: *Scielo*, *Biblioteca Virtual da Saúde (BVS)*, *ScholarGoogle*, periódicos da *CAPES*, *Medline/PubMed*. Foram utilizados como descritores: “benzodiazepínicos”, “ansiolíticos”, “idosos”, “ansiedade”, “terceira idade”, assim como, as suas combinações e seus respectivos termos em inglês para pesquisa de artigos internacionais.

3.1 Critérios de inclusão

O material de estudo e de busca concerniu na base de dados eletrônicos de acesso privado, livre e gratuito, sendo selecionado, artigos e monografias nos idiomas: português, inglês ou espanhol, conduzindo assim, a uma amostra diversificada exigindo maior critério de análise do pesquisador. Foram utilizados também artigos clássicos ou de revisão.

Foram utilizados artigos e monografias como no máximo 10 anos (2007-2017) de publicação priorizando artigos mais recentes e inovadores com 5 anos de publicação em periódicos de revistas nacionais e internacionais com reconhecido rigor científico e que corroborem com a temática abordada.

3.2 Critérios de exclusão

Descartou-se artigos e monografias com mais de 10 anos de publicação ou que não abordaram sobre a temática estudada, bem como os que não apresentaram clareza científica.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1. Os idosos

A população idosa, conhecida popularmente como terceira idade, é uma fase da vida humana que varia de acordo com a cultura e o nível de desenvolvimento da sociedade na qual o indivíduo está inserido. Em nações tidas como em desenvolvimento, por exemplo, uma pessoa é considerada da terceira idade a partir dos 60 anos (CASTRO, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o idoso é o indivíduo que apresenta idade igual ou acima de 60 anos (quando vivem em países em desenvolvimento, no caso o Brasil) e 65 anos ou mais em países desenvolvidos (REZENDE; GAEDE-CARRILLO; SEBASTIÃO, 2012).

A projeção do IBGE, no Brasil, inclui um aumento no número de pessoas idosas superiores a 15,0% entre 2010 e 2015 (BRASIL, 2009). Tal aumento, da população idosa no Brasil, é evidenciado pela mudança da pirâmide demográfica brasileira, trouxe como consequência a mudança no perfil das necessidades sanitárias, uma vez que as doenças que acometem a terceira idade são na maioria das vezes crônico-degenerativas, distúrbios mentais, enfermidades cardiovasculares, câncer e estresse (RODRIGUES et al., 2009).

Este crescimento da população mais velha, associada a doenças crônicas não transmissíveis que afetam esta faixa etária, resulta em maior necessidade de serviços de saúde, e, conseqüentemente, nos investimentos governamentais em saúde pública (BLOOM; CANNING; FINK, 2010).

O número de idosos atendidos em serviços especializados para o tratamento do uso de substâncias psicoativas é baixo, o que leva a repensar a prática assistencial que tem sido oferecida pelos profissionais de saúde (PILLON et al., 2010).

Com esse contexto, é iminente para os profissionais da educação, da saúde e áreas afins, conhecer as possibilidades de atender à população mais velha que ora é chamada pelos teóricos de “Idosos” e em outros estudos de “Grupo da Terceira Idade” e criar estratégias para conviver com uma etapa da vida, a velhice, até então uma desconhecida como fenômeno populacional na história da humanidade (BÚFALO, 2013).

Sabe-se ainda que em função das morbidades crônicas presentes na população idosa e do conseqüente consumo elevado de medicamentos, esta constitui grupo de risco para

a ocorrência de reações adversas aos medicamentos, interações medicamentosas e outros efeitos em decorrência, principalmente, da utilização de polifarmácia (PEIXOTO et al., 2012).

Como o uso de medicamentos é a forma terapêutica mais utilizada, a população geriátrica exige maior atenção quanto a realização dos múltiplos tratamentos farmacológicos, já que, por fazer uso de vários medicamentos, aumenta a quantidade de reações adversas, que pode resultar em efeitos colaterais importantes, ocasionado pelos próprios fármacos ou pelas interações medicamentosas (PAULINO; RIZZO; SOUZA, 2015).

4.2 Alterações anatomofisiológicas dos idosos

O envelhecimento é um processo que todo indivíduo experimenta em algum momento de sua existência e pode ser conceituada como uma fase da vida onde o ser humano enfrenta diversas dificuldades (SILVA; CORONAGO, 2016).

Ao observar o processo de envelhecimento na contemporaneidade, identificamos o surgimento de condutas, hábitos, crenças e imagens que alteram significativamente as concepções tradicionalmente associadas às etapas mais tardias da vida. No lugar das tradicionais imagens que articulavam o envelhecimento somente ao descanso, à quietude e à inatividade, surge um modelo indenitário que inclui, em sua definição, o estímulo à atividade, a aprendizagem, a flexibilidade, o aumento da satisfação pessoal e a formação de vínculos afetivos inéditos (SILVA, 2008).

Atualmente, a preocupação com a terceira idade está em destaque, observando-se avanços através de pesquisas que buscam cada vez mais alternativas para a qualidade de vida no envelhecimento. Mesmo que envelhecer não signifique adoecer, com o passar do tempo a autonomia para a funcionalidade vai diminuindo e, cedo ou tarde, os idosos se tornam dependentes do cuidado de terceiros (ALMEIDA; MURAI, 2010).

A proporção de idosos vem aumentando cada vez mais com o passar dos anos na população mundial, devido à associação da crescente redução dos índices de mortalidade e das taxas de fecundidade, entretanto, com o envelhecimento, algumas mudanças nas funções fisiológicas inerentes aos organismos devem ser consideradas, embora não representem necessariamente uma doença. Por isso, as alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento irão interferir nos mecanismos homeostáticos do idoso e em sua resposta

orgânica, diminuindo a capacidade de reserva, defesa e adaptação, tornando-o mais vulnerável a quaisquer estímulos, seja ele traumático, infeccioso ou psicológico (SILVA et al., 2015a).

Quanto as mudanças anatômicas dos idosos, estas por sua vez, são mais visíveis e se manifestam mais rápido em relação as mudanças fisiológicas, como, por exemplo, a pele que resseca, tornando-se mais quebradiça e pálida, perdendo o brilho natural da jovialidade; os cabelos que embranquecem e caem com maior frequência e facilidade, não sendo mais substituídos principalmente nos homens; o enfraquecimento do tônus muscular e da constituição óssea, que ocasiona mudanças na postura do tronco e das pernas, acentuando ainda mais as curvaturas da coluna lombar e torácica; as articulações que tornam-se mais rígidas, reduzindo a extensão dos movimentos, produzindo alterações no equilíbrio e na marcha; as vísceras que alteram por causa de elementos glandulares do tecido conjuntivo e atrofia secundária com a perda de peso e por último alterações no sistema cardiovascular (NOVAES, 2016).

O processo de envelhecimento está associado as alterações anatomofisiológicas, na qual pode-se incluir as alterações psicológicas, resultantes da idade, que são diversas e contribuem de forma significativa na qualidade de vida da pessoa idosa, as alterações fisiológicas que são decorrentes do processo de envelhecimento humano e promovem problemas de saúde, que podem ocasionar restrições relacionadas as possibilidades de realização das atividades cotidianas, como por exemplo, perda da independência física e social e predisposição as alterações emocionais e, por último, as alterações psicossociais que surgem por diversos fatores como enfermidades crônico degenerativas, neuropsiquiatrias (depressão, demências, distúrbios de comportamento e ansiedade), além de situações de estresse, perda de papéis sociais (aposentadoria), traumatismos e perda do papel de liderança no âmbito familiar (BARROS; LEAL; SILVA, 2013).

As alterações anatomofisiológicas nos idosos faz surgir uma maior frequência de doenças e, em consequência disso, são prescritos mais medicamentos quando comparados a outros grupos etários, aumentando o potencial para a ocorrência de interações medicamentosas. Tais alterações referem-se à produção de suco gástrico diminuída, esvaziamento gástrico mais lento, menor teor de água, maior teor de tecido adiposo, menor quantidade de proteínas plasmáticas, problemas renais, redução do fluxo sanguíneo e das atividades enzimáticas no fígado, entre outras, que podem induzir à manifestação de interações farmacocinéticas, possibilitando a ocorrência de interações positivas ou negativas

que podem resultar em ação aumentada, diminuída ou alterada dos fármacos (BUENO et al., 2009).

Além disso, devido o teor de água ser menor, isso faz com que, ocorra alterações na distribuição dos fármacos ingeridos, pois os medicamentos lipofílicos podem ter a meia-vida aumentada e os hidrofílicos podem apresentar volumes de distribuição diminuídos (PAULINO; COSTA; APRILE, 2015). Contudo, de todos os parâmetros farmacológicos, talvez a distribuição e a metabolização sejam os mais afetados pelo envelhecimento do organismo. A biodisponibilidade de fármacos hidrossolúveis administradas por via oral, por exemplo, pode estar aumentada, haja vista que o idoso possui menor teor de água no organismo, o que acarreta redução em seu volume de distribuição (LEONARDI et al., 2012).

Sendo assim, o processo de envelhecimento causa mudanças na absorção, distribuição, biotransformação e eliminação de fármacos. Além disso, os idosos tendem a ter redução dos níveis de albumina, o que os tornam mais susceptíveis aos efeitos agudos da polifarmácia quando vários fármacos dependentes do transporte por proteína são prescritos juntos. Devendo ter cuidado, por exemplo, com o uso da varfarina e o risco de hemorragia, e também com o uso de benzodiazepínicos, uma vez que o idoso é mais sensível aos fármacos que atuam SNC (OLIVEIRA; SANTOS, 2016).

Além disso, ocorrem também as alterações no padrão de sono dos idosos, muitas vezes, associadas com queixas de insônia. Geralmente, eles demoram a adormecer e acordam várias vezes durante a noite. Em decorrência dessas alterações o sono passa a ser percebido como mais leve, fragmentado e menos satisfatório, o que leva à procura de medicamentos que aliviem esses sintomas. A prescrição de um tranquilizante, como os benzodiazepínicos mostra-se como uma estratégia rápida para a resolução desse problema (NOIA et al., 2012).

4.3. Os benzodiazepínicos

Os psicotrópicos, segundo a OMS, são fármacos que “agem no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição e, geralmente, levam a dependência”. Existem três grupos: os depressores da atividade do sistema nervoso central, os estimulantes e os perturbadores. Os benzodiazepínicos (BZDs) pertencem ao primeiro grupo e por ter a propriedade de agir quase exclusivamente sobre a ansiedade e a tensão, são denominados ansiolíticos (BRASIL, 2016).

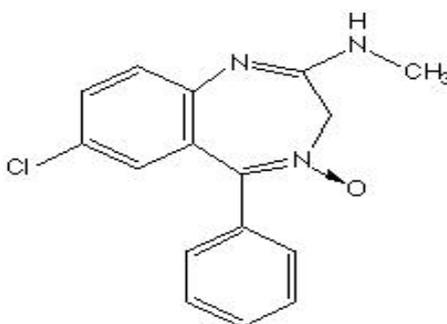
Os benzodiazepínicos são fármacos que agem diretamente em nível central, alterando aspectos cognitivos e psicomotores no organismo (TELLES-FILHO et al., 2011). Eles constituem o grupo de psicotrópicos mais comumente utilizados na prática clínica devido as suas quatro atividades principais: ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular (NALOTO et al., 2016).

Alcançaram grande popularidade entre os membros da classe médica e na população nas décadas de 1970 e 1980, uma vez que demonstraram tamanha eficácia no combate da ansiedade, insônia, agressividade e convulsões, dentre outras ações, com menos efeitos depressores sobre o SNC (AZEVEDO; ARAUJO; FERREIRA 2016).

O clordiazepóxido foi o primeiro benzodiazepínicos lançado no mercado em 1960, antes da introdução desses compostos na década de 60, os principais fármacos usados no tratamento da ansiedade eram basicamente sedativos e hipnóticos, e incluíam meprobamato, glutetimida, barbitúricos e álcool (SILVA et al., 2015c).

A estrutura química do clordiazepóxido (Figura 1) foi a precursora para a estrutura química básica dos benzodiazepínicos (SILVA, 2012). Inicialmente, o clordiazepóxido foi utilizado em pacientes esquizofrênicos, mas não teve boa resposta para o tratamento da psicose, reduzindo apenas a ansiedade dos pacientes. Sendo assim, devido a sua eficácia e segurança, esse fármaco provocou uma revolução no tratamento da ansiedade (GUIMARÃES, 2013).

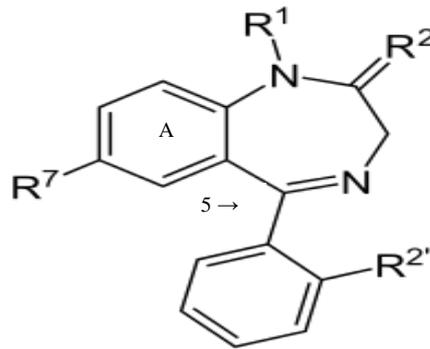
Figura 1. Estrutura Química do Clordiazepóxido



Fonte: SILVA, 2012.

A estrutura química básica dos benzodiazepínicos é composta por um anel benzeno (A) fundido a um anel aromático diazepínico com quatro grupos principais substituintes que podem ser alterados sem perda da atividade, possui também como substituinte um grupamento aril na posição cinco (figura 2) (BETTIOL, 2013).

Figura 2. Estrutura Química dos benzodiazepínicos.



Fonte: BETTIOL, 2013.

Os benzodiazepínicos são hipnóticos muito utilizados, tendo substituído os barbitúricos como agentes de primeira escolha, porque apresentam maior índice terapêutico e menor potencial para dependência física. Além disso, não provocam indução enzimática hepática e produzem um sono mais “fisiológico”, diminuindo a latência do sono e a frequência com que a pessoa acorda durante a noite, aumentando a duração do sono total (MARQUES, 2015).

Os benzodiazepínicos conseguiram justamente se popularizar por terem esses efeitos ansiolíticos com baixo risco de morte, quando comparados aos barbitúricos, o que lamentavelmente faz com que esta prática produza a medicalização de problemas pessoais, social, familiares e profissionais, para os quais o paciente não encontra solução e acaba por acreditar na potência mágica dos medicamentos. Estima-se que os benzodiazepínicos já tenham sido consumidos por 1 a 3% de toda a população ocidental de forma regular por mais de um ano (MEZZARI; ISER, 2015).

Esta classe de medicamentos foi enquadrada em medidas de controle de prescrição e venda no Brasil em 1974. Em 1998, com a regulamentação governamental nº 344/98 (MS/ Portaria SVS/MS nº 344/98), os benzodiazepínicos passaram a ser prescritos e dispensados através de notificação de receita classe “B” (receituário azul), documento que autoriza a liberação do medicamento com retenção da receita para controle da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (SOUZA, 2011).

De acordo com o boletim do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), os medicamentos clonazepam, bromazepam e alprazolam foram as substâncias controladas mais consumidas pela população brasileira no período de 2007 a 2010, sendo que o clonazepam manteve-se no ápice de forma consecutiva. Em 2007 foram

dispensadas 29.463 caixas de clonazepam e em 2010 o consumo chegou a 10.590.047 (BRASIL, 2011). Entre os medicamentos mais utilizadas com a finalidade de controle da agitação psicomotora, estão os antipsicóticos convencionais, os benzodiazepínicos, como diazepam, lorazepam e midazolam; e, mais recentemente, os antipsicóticos de nova geração (MANTOVANI et al., 2010). Os benzodiazepínicos, midazolam e diazepam, apesar de não apresentarem efeito analgésico, têm atividade ansiolítica e produzem amnésia em maior extensão quando comparados com os agonistas alfa-2 adrenérgicos e com os opióides (ROCHA et al., 2011).

A ação dos benzodiazepínicos é mediada pela potencialização da atividade do Ácido Gama Aminobutírico (GABA), potente neurotransmissor inibitório no SNC, sendo este seu principal mecanismo de ação. Exercem seus efeitos através da existência de dois sítios de ação nesse complexo receptor GABA/benzodiazepínico, amplamente distribuído pelo SNC, na qual foi demonstrada pela observação experimental de que um agonista potencializava a ação do outro, tal interação entre sítios receptores de um mesmo complexo é chamada interação alostérica. Os receptores GABA_A são canais iônicos pentâmeros operados por ligante, e a estimulação desses receptores pelo GABA leva ao influxo de cloreto, resultando em hiperpolarização das células pós-sinápticas, o que explica sua maior segurança frente aos barbitúricos, que possuem alto risco de depressão respiratória (ALVARENGA et al., 2014).

De modo geral, os benzodiazepínicos são metabolizados no fígado por meio de reações oxidativas, pela via do sistema enzimático CYP450. Possuem uma característica altamente lipossolúvel, isto é, são rapidamente absorvidos uma vez que atravessam com facilidade a barreira hematoencefálica, sendo assim, sua taxa de absorção se torna determinante do início de ação após a ingestão de uma única dose. Além disso, possuem uma boa absorção pelo trato gastrointestinal, atingindo uma concentração plasmática de pico em aproximadamente uma hora. No entanto, alimentos e terapia associada a outros fármacos concomitantemente podem alterar o pH gástrico e interferir na absorção destes medicamentos aumentando ou diminuindo sua concentração no organismo (OLIVEIRA; LOPES; CASTRO, 2015).

Normalmente os benzodiazepínicos são administrados por via oral (V.O.), sendo bem absorvidos, podendo ainda, ser administrado por via intravenosa (I.V.) e via intramuscular (I.M.). Esta última apresenta uma absorção relativamente baixa (MARQUES, 2015).

Diante desse contexto, tanto os efeitos farmacológicos, como os efeitos adversos dos benzodiazepínicos estão intrinsecamente relacionados ao tempo de meia-vida destes fármacos. Os benzodiazepínicos são classificados de acordo com sua meia-vida plasmática em fármaco de ação muito curta, curta, intermediária e longa. O tempo de meia-vida está diretamente relacionado às atividades farmacológicas: sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes. Os fármacos em si ou seus metabólitos que têm um tempo de meia vida longo, têm maior probabilidade de causar efeitos cumulativos e residuais como a sonolência. Seus efeitos adversos mais frequentes são sonolência, cansaço, diminuição da atenção e da coordenação, amnésia anterógrada e confusão mental (SILVA; RODRIGUES, 2014).

4.4 Uso de benzodiazepínicos em idosos

Os indicadores de saúde e de qualidade de vida dos últimos anos revelam uma significativa melhoria nas condições de vida das populações tanto de países desenvolvidos quanto daqueles que ainda não concluíram o processo de desenvolvimento econômico e social (SILVA, 2016). Em consequência disso, a utilização de medicamentos tem sido exacerbada e indiscriminada. Nos últimos 10 anos, observou-se o aumento do consumo de psicotrópicos em todo o mundo (FERRARI et al., 2013).

O crescimento do consumo de psicotrópicos no decorrer dos anos pode ser explicado pela “medicalização da sociedade”, acrescida das pressões sofridas pelo mercado da indústria farmacêutica, aliada ao envelhecimento populacional (CASTRO, 2015).

O uso de substância psicoativa em idosos tem sido um tema importante para a saúde pública e necessita de especial atenção, por ser complexo e ainda pouco explorado (WOLFF; LUZ, 2016).

Existem alguns medicamentos que são considerados potencialmente inadequados para pessoas acima dos 60 anos, estes, devem ser evitados, por apresentarem risco desnecessariamente alto, como por exemplo alguns antiinflamatórios (piroxicam, cetoprofeno), anti-histamínicos (hidroxizina, clesmatina) e até mesmo os benzodiazepínicos de longa duração (bromazepam, diazepam) (FICK et al., 2008).

No Brasil, os benzodiazepínicos é a terceira classe de fármacos mais prescrita, sendo utilizada por aproximadamente 4% da população (WOLFF; LUZ, 2016). Sua prescrição

é feita principalmente pelo médico generalista, em parte por desconhecimento da potencialização de seus efeitos adversos diante do envelhecimento, o que ocasiona um grave problema para a saúde pública (MOURA, 2016). Diante desse cenário, é de fundamental importância verificar e analisar a utilização dessa classe medicamentosa em indivíduos idosos para assegurar a assistência e a segurança necessárias a tal população (TELLES-FILHO et al., 2011).

O uso inadequado de benzodiazepínicos, principal consequência do consumo exacerbado, contribui para o surgimento de eventos adversos, aumentando o risco de morbidade e mortalidade, uso abusivo e dependência, além da elevação dos custos com a saúde pública (SILVA et al., 2015c).

Alguns estudos, relatam a prevalência do uso de benzodiazepínicos: na França, 30% das pessoas com 65 anos ou mais fazem o uso destas substâncias, cerca de 20% no Canadá e na Espanha e aproximadamente 15% fazem uso na Austrália. Dados apontam que a utilização de benzodiazepínicos é menos difundida, entretanto, ainda é elevada em pessoas idosas nos Estados Unidos e no Reino Unido. Porém, em todos estes países a utilização ocorre de maneira errônea, onde ao menos dois pacientes em cada dez fazem uso prolongado apesar da existência de guias de boas práticas de prescrição que sugerem uma duração da utilização limitada a algumas semanas (SOUSA; CAVALCANTE; MENDES, 2016).

Ainda com relação a esses estudos, os mesmos apontam elevada prevalência do consumo de benzodiazepínicos na população idosa, principalmente entre mulheres, diferença que costuma ser menos marcante entre idosos mais velhos, entre os idosos brasileiros, onde há o predomínio da utilização de benzodiazepínicos de meia-vida longa associados a distúrbios sono e ansiedade (ALVARENGA et al., 2015).

As mulheres idosas, além de utilizarem com maior frequência, estão mais propensas a problemas de cunho afetivo e psicológico, o que confere a elas aproximadamente 30% de prevalência na utilização desses fármacos (ALVARENGA et al., 2008).

As principais causas das mulheres consumir mais benzodiazepínicos está relacionado ao fato delas viverem mais tempo em relação aos homens, pela maior percepção da doença, pela maior utilização dos serviços de saúde e por fazerem mais exames preventivos (AUTHIER et al., 2009).

Os idosos procuram e encontram no benzodiazepínico uma poderosa estratégia para lidar com o “nervoso” e conviver com os problemas da vida (ALVARENGA et al., 2014). Entre as características clínicas mais importantes dos indivíduos idosos, encontra-se o fato de que esses indivíduos respondem a medicamentos de maneira diferente das apresentadas pelos pacientes mais jovens (BICCA; ARGIMON, 2008). O quadro 1 mostra os principais benzodiazepínicos utilizados pelos idosos.

Quadro 1. Principais benzodiazepínicos utilizados em idosos.

MEDICAMENTO	FUNÇÃO	PRINCIPAL NOME COMERCIAL
Alprazolam	Ansiolítico	Frontal®
Bromazepam	Ansiolítico	Somalium®
Clonazepam	Anticonvulsivante, relaxante muscular	Rivotril®
Clordiazepóxido	Ansiolítico	Psicosedim®
Flurazepam	Hipnótico	Dalmaidorm®
Diazepam	Anticonvulsivante	Valium®
Lorazepam	Ansiolítico	Lorax®
Midazolam	Hipnótico	Dormonid®
Clobazam	Ansiolítico	Frisium®

Fonte: Elaborado pelo autor.

Esses principais benzodiazepínicos são largamente utilizados para combater a insônia e a ansiedade principalmente em idosos, porém só são efetivos para estes fins quando utilizados por um curto espaço de tempo, ao contrário do que acontece com muitos usuários,

que prolongam o tratamento e continuam utilizando por muitos anos devido a variadas razões como: a abstinência, o indivíduo sente a falta do medicamento, o que faz surgir novamente os sintomas, necessitando assim, do uso por mais tempo, necessidade psicológica do fármaco, ou seja, o indivíduo sente o desejo mental em continuar o tratamento, isso é bastante usual e observado em ambiente ambulatorial (GAGE et al., 2014). Quando há a necessidade de utilização destes medicamentos em pacientes idosos, os benzodiazepínicos recomendados são aqueles de ação intermediária ou curta, como por exemplo o lorazepam e o alprazolam, mesmo assim, em doses mais baixas (QUEIROZ; PEREIRA; FREITAS, 2012.).

Os idosos também fazem o uso desta classe de medicamento para outras finalidades além tratar com maior frequência a ansiedade e distúrbios do sono, por provocarem alterações inibitórias no SNC, essa classe de medicamentos, também apresenta propriedades anticonvulsivante, relaxante muscular e sedativa (SILVA; BATISTA; ASSIS, 2013).

Além disso, os benzodiazepínicos têm ação hipnótica induzindo e mantendo o sono, anestésico e anticonvulsivante. Podem ser indicados de acordo com orientação do prescritor e conforme a individualidade de cada paciente, devendo ser prescritos quando outros métodos alternativos não tiverem obtido resultados satisfatórios. O alprazolam, por exemplo, benzodiazepínico de meia-vida curta, além de possuir ação hipnótica e sedativa também apresenta atividade antidepressiva, já o clonazepam e o diazepam são utilizados para tratar a epilepsia e reações convulsivas, respectivamente (OLIVEIRA; LOPES; CASTRO, 2015).

Em idosos, seus efeitos podem ser intensificados pela maior disponibilidade sérica (redução dos níveis de albumina), ou seja, tem uma maior dificuldade no transporte pelo organismo e menor metabolização, especialmente os de meia-vida longa, na qual pode estar associado a alterações cognitivas, pior desempenho motor e risco aumentado de quedas (WOOLCOTT et al., 2010).

O diazepam, o clordiazepóxido e o clonazepam, por exemplo, são benzodiazepínicos de longa ação classificados como Medicamentos Potencialmente Inadequados para Idosos - MPIs em qualquer condição clínica e a depender da doença ou síndrome. Possuem meia-vida longa em idosos, produzindo sedação prolongada, alterações psicomotoras, falta de coordenação, aumento do risco de quedas e fraturas, além de delírios,

perturbações cognitivas e elevação da mortalidade (ANDRADE; SILVA-FILHO; JUNQUEIRA, 2016).

4.5 Transtornos de ansiedade em pacientes idosos

A ansiedade é responsável por preparar o indivíduo para situações de ameaça e perigo. Juntamente com o medo, eles envolvem fatores cognitivos, comportamentais, afetivos, fisiológicos e neurológicos que modulam a percepção do indivíduo ao ambiente, provocando respostas específicas e direcionando a algum tipo de ação (CARDOZO et al., 2016). Pode estar relacionada a diversos distúrbios psicológicos podendo ser considerado um transtorno mental dependendo do nível da ansiedade e de fatores associados (BORINE, 2011).

O quadro de ansiedade, este é considerado até certo ponto uma reação natural, útil para proteção e adaptação a situações novas, torna-se patológico quando atinge um caráter extremo e generalizado, acompanhado por sintomas de medo, tensão, em que o foco do perigo pode ser interno ou externo. A ansiedade patológica pode evoluir para quadros específicos de transtornos em que, na sua classificação geral, encontram-se alguns tipos mais comuns: ansiedade social, pânico, fobia, transtorno obsessivo compulsivo e ansiedade generalizada. Dessa maneira, a ansiedade, requer um acompanhamento especializado, sobretudo nesta fase de vida, em que as queixas verbalizadas por idosos já não têm tanta credibilidade e são frequentemente despercebidas (GOMES; REIS, 2016), o que pode constituir um problema de grande magnitude para a saúde pública, devido à sua alta morbidade (BEZERRA et al., 2015).

De uma maneira geral, os transtornos de ansiedade têm aumentado expressivamente no último século, sobretudo devido às profundas transformações ocorridas no âmbito econômico e cultural que foram acompanhadas por pressões de uma sociedade moderna, tecnológica e principalmente cada vez mais competitiva (MARCHI et al., 2013).

As políticas de saúde voltadas para os idosos foram elaboradas com o propósito de contribuir para que um maior número de pessoas alcance, não somente um maior número de anos vividos, mas um envelhecimento bem-sucedido. Em detrimento a isso, com o avanço da idade as pessoas passam a refletir mais sobre o futuro, conseqüentemente, surgem, junto a esse processo, a insegurança, a solidão e também o medo de morrer (CASTRO; BARROS, 2015).

O medo da morte, as incertezas relacionadas ao prognóstico e ao tratamento, os conflitos emocionais, a preocupação com a condição financeira, as alterações de papel e a quebra de rotina podem gerar ansiedade e depressão em alguns idosos. Sendo assim, a ansiedade em idosos está frequentemente associada as queixas de caráter hipocondríaco, na maioria dos casos, ou seja, trata-se de uma neurose de doenças, na qual a pessoa tem uma sensibilidade corporal exacerbada o que faz com que, gere uma ansiedade e uma dificuldade enorme de entrar em contato com pessoas e situações dificultando assim, a sua forma de conviver com os demais, fugindo então da sua realidade (MARUITI; GALDEANO; FARAH, 2008).

De modo geral, diversos estudos têm demonstrado que a aderência a um programa regular de exercícios pode melhorar significativamente o desempenho cognitivo do idoso, aumentando sua autoestima, o humor, a sensação de bem-estar, promovendo a redução de respostas fisiológicas ao estresse e efeitos positivos na imagem corporal, diminuindo, dessa forma, os níveis de ansiedade e depressão (MINGHELLI et al., 2013).

O transtorno de ansiedade na terceira idade associada à casos de depressão, pode estar ligada a doenças incapacitantes, insuficiência de suporte social e dificuldades nas relações interpessoais, levando a sofrimento físico e psíquico (SILVA et al., 2016). Diante disso, sabe-se que homens e mulheres apresentam experiências de vida divergentes, com a inserção da mulher no mercado de trabalho ocorreu um acréscimo em suas atividades inerentes ao lar e à família, promovendo uma maior susceptibilidade a sintomas de ansiedade, aliado ao fato das propagandas de medicamentos tenderem a distinguir as doenças psicológicas, como a depressão e a ansiedade (CAVALCANTE et al., 2016).

Sendo assim, existem medicamentos que podem ser utilizados para o tratamento dos transtornos de ansiedade, entre os quais destacam-se os antidepressivos e os benzodiazepínicos (SOUZA; VEDANA; MIASSO, 2016). Em consequência disso, a eficácia dos benzodiazepínicos é bem documentada nos tratamentos de curta duração, porém o uso prolongado é contraindicado devido aos riscos de efeitos adversos, incluindo a dependência (CASTRO et al., 2013).

Diante desse contexto, a psiquiatria tradicional ganhou com os benzodiazepínicos um inestimável aliado, criando expectativa de resolutividade segura para alguns quadros como a ansiedade e a insônia (FIRMINO et al., 2011). O clonazepam, bromazepam e

alprazolam são os principais benzodiazepínicos utilizados com uma maior frequência no tratamento dos transtornos de ansiedade (LEVITAN et al., 2011).

4.6 Risco de quedas, declínio cognitivo e efeitos indesejáveis do uso de benzodiazepínicos em idosos

O envelhecimento causa perda de equilíbrio e alterações na massa muscular e óssea, resultando em maior probabilidade de quedas (VEY et al., 2016). Dentre os fatores que vêm sendo responsabilizados pelo aumento do risco de quedas e fraturas na população de idosos encontra-se o uso de medicamentos que provocam sonolência, alteram o equilíbrio, a tonicidade muscular e/ou provocam hipotensão (HAMRA, RIBEIRO, MIGUEL, 2007).

Considerando-se que o declínio cognitivo implica pior desempenho em tarefas motoras, ocorreria aqui também um efeito adicional dos benzodiazepínicos na maior incidência de quedas nessa população (MOURA, 2016).

As causas provocadas por esse evento podem ser agrupadas em fatores extrínsecos, que estão ligados aos perigos ambientais, devido às inadequações arquitetônicas e de mobiliário, que a maioria dos idosos está exposta e fatores intrínsecos, aqueles relacionados com as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, como condições patológicas e consumo de medicamentos (MENEZES; BACHION, 2008), onde no domínio das medicações receberam grau máximo o uso de múltiplas medicações (medicação psicoativa, uso de benzodiazepínicos, antidepressivos e antipsicóticos, anti-hipertensivos) (CUNHA; LOURENÇO, 2014).

Diante do fato, a queda em idosos é um episódio recorrente e multifatorial. Portanto, examinar um indivíduo com risco de quedas levando em conta apenas os fatores de risco físicos, de certa maneira, é negligenciar outros importantes aspectos causadores das quedas, que também pode está relacionado ao uso de medicamentos depressores do SNC, no caso, os benzodiazepínicos (LOPES et al., 2009).

Como todo ou qualquer medicamento, pode-se encontrar efeitos adversos no uso de benzodiazepínicos, como por exemplos: fraqueza, náuseas e vômitos, dores abdominais, diarreia, dores articulares, dores torácicas, além de incontinência urinária. Vale lembrar dos efeitos paradoxais (ansiedade, pesadelos, alteração do comportamento, alucinações), tolerância, dependência, abuso, insônia de rebote com a suspensão do medicamento,

propensão aos acidentes, principalmente em idosos, e depressão respiratória (GUEVARA, 2014).

O uso prolongado, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas, provoca fenômenos de tolerância (necessidade de doses cada vez maiores para manutenção de efeitos terapêuticos) e dependência (recaída de sintomas de insônia e ansiedade quando da suspensão abrupta do uso) (BETTIOL, 2013).

Para o tratamento da dependência é necessário a retirada de um quarto da dose em média, a cada semana com uma duração de seis a oito semanas. Para aqueles que não conseguem concluir a redução gradual da dosagem inicial, o tratamento pode ser feito utilizando-se outros da mesma classe, mas que possuam meia-vida mais longa, diminuindo-se desta forma os efeitos da abstinência (OLIVEIRA, 2014).

Esses efeitos indesejáveis acentuam-se mais em pacientes acima dos 60 anos. O fenômeno de dependência aos benzodiazepínicos está relacionado com a farmacocinética, como a alta lipossolubilidade e a meia-vida biológica. O uso prolongado, ultrapassando períodos de seis meses, pode levar a manifestação da síndrome de abstinência, que ocorre geralmente de um a onze dias após a retirada do medicamento, tornando mais difícil para os pacientes a interrupção do tratamento. Normalmente, os sintomas pioram entre o quinto e o sexto dia de abstinência e desaparecem em quatro semanas (AMARAL; MACHADO, 2012).

Ainda com relação as recomendações contra o uso prolongado dos benzodiazepínicos, os estudos indicam que a sua utilização por tempo inapropriado está presente principalmente entre os idosos, sendo as equipes de atenção primária à saúde as principais responsáveis pelo acesso aos medicamentos (GUEVARA, 2014).

A tolerância, por outro lado, já é mais difícil de ser encontrada, especialmente em pacientes idosos, os quais a desenvolvem mesmo sem aumentar as doses, por alterações próprias da senescência, processo de envelhecimento natural e saudável (NORDON et al., 2009).

Outro distúrbio relacionado a essa classe de fármacos é o efeito residual durante o dia, quedas, amnésia e insônia rebote. A insônia rebote é definida como piora na qualidade do sono em um período de duas noites após descontinuação, varia diretamente em relação à dose, resulta principalmente de medicamentos de ação curta ou intermediária, onde os mesmos, são utilizados em pacientes idosos (CARVALHO; RODRIGUES; GOLZIO, 2016).

Um efeito colateral importante diz respeito à toxicidade cerebelar, que se manifesta por ataxia (perda do controle muscular durante movimentos voluntários), disartria (dificuldade de falar), 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 (BARBOSA, 2007).

Em um estudo realizado pela Associação Psiquiátrica Americana, concluiu-se que a idade avançada e o uso de benzodiazepínicos em doses terapêuticas diárias por mais de quatro meses, constituem fatores de risco para o aumento da toxicidade, déficit cognitivo, desenvolvimento de dependência e ainda aumento de taxas de acidentes, quedas e fraturas entre idosos, o que se torna um grave problema de saúde pública (CRUZ et al., 2007).

4.7 Interações medicamentosas dos benzodiazepínicos em idosos

As interações medicamentosas estão entre as maiores causas de morbimortalidade em todo o mundo principalmente em pacientes que fazem uso de vários fármacos como os idosos, podendo ocorrer através de vários mecanismos. O mecanismo principal inclui efeitos de fármacos no metabolismo hepático, incluindo o citocromo P450, enzimas ou efeitos na glicuronidação e nos transportadores de fármacos, glicoproteína-P ou na absorção; interações farmacodinâmicas também são importantes. Alguns fármacos em combinação também podem ter ação sinérgica, resultando em toxicidade (BURQUE et al., 2015).

A ocorrência de interações medicamentosas e suas implicações clínicas despertam particular interesse nas áreas da neuro e psicofarmacologia, pois a prática da polifarmácia é muito frequente nestas áreas, justificada pela dificuldade de diagnóstico das enfermidades que as envolvem (SANTOS et al., 2009).

A prática medicamentosa dos idosos inclui fármacos variados, que vão de anti-hipertensivos, diuréticos, antidiabéticos e até os que atuam no SNC, como por exemplo os benzodiazepínicos (PRUDÊNCIO; NOGUEIRA, 2013).

A presença de um ou mais fatores de risco de interação medicamentosa, dentro de uma prescrição com vários medicamentos ou “polifarmácia” aumenta a complexidade de monitoramento do paciente e cumprimento da prescrição (CARVALHO et al., 2015).

A maior prevalência de enfermidades crônico-degenerativas nos idosos culmina, no que diz respeito ao tratamento farmacológico, na prática da polifarmácia, a qual impacta na

segurança e qualidade de vida dessas pessoas, tanto por meio do desencadeamento de reações adversas a medicamentos (RAM), quanto mediante prescrição inadequada de medicamentos (PIM). Esta última exacerba não só a incidência de RAM, mas pode ocasionar impactos na capacidade funcional do idoso, pelo aparecimento de interações medicamentosas ou efeitos colaterais indesejados (MANSO; BIFFI; GERARDI, 2015).

Com relação ao efeito depressor dos benzodiazepínicos no SNC, a interação farmacodinâmica é potencialmente perigosa. Ocorre quando há associação com outros fármacos que potencializam a sedação e podem levar à depressão respiratória. Vários estudos têm mostrado que o clonazepam, associado ao lítio e a antipsicóticos pode desencadear ataxia e disartria. Interações farmacocinéticas também contribuem para a potencialização dos efeitos depressores dos benzodiazepínicos. Por inibir o seu metabolismo hepático, a cimetidina, os inibidores da bomba de prótons, o dissulfiram, a isoniazida, os estrógenos, os anticoncepcionais orais e o álcool, podem provocar o aumento das concentrações plasmáticas de benzodiazepínicos, tais como o diazepam e o clordiazepóxido (VIEL et al., 2014).

O aconselhamento acerca do uso racional de medicamento é prática importante para a população em geral e em especial para o idoso, em função da presença frequente de múltiplas patologias, requerendo terapias diferentes, as quais podem resultar no uso concomitante de vários medicamentos. Desse modo, torna-se necessário uma estratégia de administração que diminua os riscos de efeitos colaterais ou adversos e de interações medicamentosas (LOPES; CHRISTOFF, 2014).

Sendo assim, é possível dizer que com o processo de envelhecimento, várias mudanças podem afetar a metabolização dos medicamentos, o que desperta muitas preocupações, especialmente quanto ao modo como os idosos vivenciam o uso diário de medicamentos, o que constitui uma verdadeira epidemia entre os idosos, podendo está associado a diversos fatores, tais como: o aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a alta medicalização da saúde, o estímulo à prescrição de medicamentos observado na formação e na prática dos profissionais da área da saúde, entre outros.

Os benzodiazepínicos, por sua vez, são os fármacos mais utilizados no mundo, o que acarreta também o aparecimento de algum tipo de evento adverso, haja vista que os idosos são considerados um grupo de risco não só pela sua fragilidade, mas também, pelo uso de vários medicamentos, sendo então considerados, pacientes polimedicados.

Tendo, portanto, uma análise crítica da temática abordada sabe-se que a utilização dos benzodiazepínicos pelos idosos cresce cada dia mais, uma vez que, este crescimento, está associado ao crescimento populacional nessa mesma faixa etária, o que faz com que surja problemas sérios de saúde por esta parte da população. Além disso, esta classe populacional, requer maiores cuidados, de órgãos federais, estaduais e municipais de saúde, para que os mesmos façam campanhas sobre o Uso Racional de Medicamentos (URM), alertando sobre os riscos e conseqüentemente sobre o que o mal-uso desta classe de medicamentosa podem provocar como, por exemplo, o surgimento de reações adversas graves e a uma série de outros problemas oriundos do processo de envelhecimento, o que faz com que este grupo seja considerado um grupo de risco devido ser mais susceptível ao surgimento de interações medicamentosas por serem considerados indivíduos polimedicados, devidos a problemas de saúde crônicos como hipertensão e diabetes;

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando diversos artigos e trabalhos realizados ao longo desses últimos dez anos sobre a temática e obtendo uma análise crítica sobre o uso de benzodiazepínicos por idosos, pode-se perceber que:

- Os efeitos causados pelos benzodiazepínicos nos idosos está associado ao declínio cognitivo, pior desempenho motor e maior risco de quedas e fraturas, onde estes, são provocados pelos fatores intrínsecos, aqueles relacionados com as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, como condições patológicas e consumo de medicamentos.
- Os benzodiazepínicos mais recomendados para os idosos são os que possui ação curta ou intermediária como o lorazepam e alprazolam e que o aumento do consumo de benzodiazepínicos pelas mulheres idosas, está relacionado com diversos problemas do nosso cotidiano que afligem a saúde feminina, o que faz com que, haja uma maior preocupação por parte das mulheres com a própria saúde em relação aos homens.
- A ação dos benzodiazepínicos era pouco elucidado, há alguns anos, pouco se sabia quais eram seus efeitos farmacocinéticos e farmacodinâmicos principalmente nos idosos. Hoje através de estudos realizadas sabe-se que a ação dos benzodiazepínicos é mediada pela potencialização da atividade do GABA, sendo este seu principal mecanismo de ação, e que os mesmos exercem seus efeitos, ansiolítico, hipnótico, anticonvulsivante e relaxante muscular, nos idosos através da existência de sítios de ação amplamente distribuído pelo SNC.
- O uso prolongado dessa classe medicamentosa provoca, não só problemas de tolerância, dependência e abstinência, como também, problemas farmacocinéticos e farmacodinâmicos, descritos no trabalho, o que é muito comum para quem faz uso dessa classe de medicamentos.

Sendo assim, é importante que o farmacêutico oriente sobre o uso racional dos benzodiazepínicos para tentar minimizar o uso abusivos dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. S.; MURAI, H. C. Risco de depressão na terceira idade. **Revista de Enfermagem**. UNISA. v. 11. n. 2, p. 75-92, 2010.

ALVARENGA, J. M.; GIACOMIN, K. C.; LOYOLA-FILHO, A. I.; UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A. Uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos. **Revista da Saúde Pública**. v. 48, n. 6, p. 866-872, 2014.

ALVARENGA, J. M.; GIACOMIN, K. C.; LOYOLA-FILHO, A. I.; UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de "jogar água no fogo", não pensar e dormir. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**. v. 18, n. 2, p. 249-258, 2015.

ALVARENGA, J. M.; LOYOLA-FILHO, A. I.; FIRMO, J. O. A.; COSTA, M. F. L.; UCHOA, E. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambuí Health and Aging Study-BHAS. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 30, n. 1, p. 7- 11, 2008.

AMARAL, B. D. A.; MACHADO, K. L. **Benzodiazepínicos: uso crônico e dependência**. 2012. 31f. Monografia. Especialização em Farmacologia. Centro Universitário Filadélfia. Londrina-PR. 2013.

ANDRADE, K. V. F.; SILVA-FILHO, C.; JUNQUEIRA, L. L. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: um estudo transversal em instituição psiquiátrica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 65, n. 2, p. 149-154. 2016.

ARAÚJO, P. L. **Associação do uso prolongado de benzodiazepínicos com o aumento do risco de demência em idosos: uma revisão bibliográfica**. 2015. 41f. Monografia. Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. Criciúma. 2015.

AUTHIER, N.; BALAYSSAC, D.; SAUTEREAU, M.; ZANGARELLI, A.; COURTY, P.; SOMOGYI, A. A.; VENNAT, B.; LIORCA, P. M. Benzodiazepine dependence: focus on withdrawal syndrome. **Annales Pharmaceutiques Françaises**. v. 67, n. 6, p. 408-413, nov, 2009.

AZEVEDO, Â. J. P.; ARAÚJO, A. A.; FERREIRA, M. Â. F. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. **Ciência e saúde coletiva**. v. 21, n. 1, p. 83-90, 2016.

BARBOSA, E. A. J. **Prevalência do uso de benzodiazepínicos nos idosos residentes na comunidade do Pântano do Sul, em Florianópolis, Santa Catarina.** 2007. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Santa Catarina. 2007.

BARROS, M. F. F.; LEAL, C. S.; SILVA, J. V. Assistência humanizada a pessoa idosa com dificuldade de comunicação: atuação do psicólogo em um hospital universitário de São Luis-MA. **PSICOLOGIA. PT.** v. 1, n. 1, p. 1-17, 2013.

BETTIOL, R. S. **Análise da prevalência da utilização de benzodiazepínicos em uma farmácia de um município do sul de Santa Catarina.** 2013. 55f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade do Extremo Sul Catarinense. Criciúma. 2013.

BEZERRA, A. F.; ROLIM, C. C.; SILVA, J. S. N.; MENESES, L. B. A. Sintomas de ansiedade sob a perspectiva de idosos hospitalizados: estudo de prevalência. **Anais Congresso Internacional do Envelhecimento Humano.** v. 2, n. 1, 2015.

BICCA M, G.; ARGIMON, L. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** v. 57, n. 2, p. 133-138, mar, 2008.

BLOOM, D. E. CANNING, D.; FINK, G. Implications Of Population Ageing For Economic Growth. Oxford. **Revista de Economia Política.** v. 26, n. 4, p. 583-612, 2010.

BORINE, M. S. **Ansiedade, neuroticismo e suporte familiar: evidência de validade do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).** 2011. 123f. Tese (Doutorado em Psicologia) Universidade São Francisco. Itatiba. SP. 2011.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Transtornos de ansiedade. Saúde e economia.** 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC).** v. 1, n. 1, p. 1-8, jun, 2011.

_____. **Estatuto do Idoso PL 3.561/97. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** 1997.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil.** 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico Brasileiro 2016**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em: 06/01/2017.

_____. Ministério da saúde. **Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília.1999.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, (Cadernos de Atenção Básica, 32). 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso. Legislação sobre o idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. 3ªed. Brasília, 2013.

BUENO, C. S.; OLIVEIRA, K. R.; BERLEZI, E. M.; EICKHOFF, H. M.; DALLEPIANE, L. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; MAFALDA, A. Utilização de medicamentos e risco de interações medicamentosas em idosos atendidos pelo Programa de Atenção ao Idoso da Unijuí. **Revista de Ciências Farmacêutica Básica e Aplicada**. v. 30. n. 3. p. 331-338, 2009.

BÚFALO, K. S. Aprender na terceira idade: educação permanente e velhice bem-sucedida como promoção da saúde mental do idoso. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo (SP), Brasil. v. 16, n. 3, p. 195-212, jun., 2013.

BURQUE, R. K.; FRANCESCONI, L. P.; VICTORINO, A. T.; MASCARENHAS, M. Á.; CERESÉR, K. M. Interações medicamentosas verificadas em um grupo de pacientes com transtorno bipolar. **Revista Eletrônica de Farmácia**. v. 12, n. 1, p. 11-26, 2015.

CARDOSO, T.; ALARCÃO, I.; CELORICO, J. **Revisão da literatura e sistematização do conhecimento**. 2ªed. Porto Editora 2010. 80 p.

CARDOZO, M. Q.; GOMES, K. M.; FAN, L. G.; SORATTO, M. T. Fatores associados à ocorrência de ansiedade dos acadêmicos de biomedicina. **Revista Saúde e Pesquisa**. v. 9, n. 2, p. 251-262, mai/ago, 2016.

CARVALHO, M. R. F.; RODRIGUES, E. T.; GOLZIO, A. M. F. de. Intervenções no uso prolongado de benzodiazepínicos: uma revisão. **Revista Saúde & Ciência online**. v. 5, n. 2 p. 55-64, 2016.

CARVALHO, I. B.; EVANGELISTA, I. C. M.; LOPES, J. S. L.; SANTOS, M. B.; DOURADO, C. S. M. E.; COSTA, I. K. S. C.; MEDEIROS, M. das G. F. Estudo das potenciais interações de medicamentos sujeitos a controle especial em um Centro de Atenção

Psicossocial (CAPS) no município de Teresina – PI. **Boletim Informativo Geum**. v. 6, n. 1, p. 7-15, jan/mar, 2015.

CASTRO, G. L. G.; MENDES, C. M. M.; PEDRINI, A. C. R.; GASPAR, D. S. M.; SOUSA, F. C. F. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. **Revista Internacional Interdisciplinar**. v. 6, n. 1, p. 112-123, jan/fev/mar, 2013.

CASTRO, I. C. M. F. **Intervenção para reduzir o uso de benzodiazepínicos na população idosa da USF Amoreiras do município de Paracatu**. 2015. 37f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Unai. 2015.

CASTRO, S. F. F.; BARROS-JUNIOR, F. O. **Atenção à saúde do idoso: o pensar e o fazer políticas públicas**. UFMA. v. 1, n. 1, p. 01-13, 2015.

CAVALCANTE, C. C. L.; OLIVEIRA, H. M. B. F.; MEDEIROS, C. I. S.; OLIVEIRA-FILHO, A. A. **Prevalência Da Dispensação De Benzodiazepínicos Em Uma Farmácia Comunitária De Parnamirim-RN**. Faculdades Integradas de Patos Curso de Medicina. v. 1, n. 2, p. 180-188, abr/jun, 2016.

CRUZ, A. V.; FULONE, I.; ALCALÁ, M.; FERNANDES, A. A.; MONTEBELO, M. I.; LOPES, L. C. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicadas**. v. 27, n. 3, p. 259-267, 2007.

CUNHA, A. A.; LOURENÇO, R. A. Quedas em idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro. v. 3, n. 2, p. 21-29, abr/jun 2014.

FEITOSA, A. N. C.; FERREIRA, L. A.; OLIVEIRA, A. M.; FEITOSA, J. K. C. O Uso de Substâncias Psicoativas em Idosos. **Revista de Psicologia**. v. 10, n. 30, jul, 2016.

FERRARI, C. K. B.; BRITO, L. F.; OLIVEIRA, C. C.; MORAES, E. V.; TOLEDO, O. R.; DAVID, F. L. Falhas na Prescrição e Dispensação de Medicamentos Psicotrópicos: Um problema de Saúde Pública. **Revista de Ciências Farmacêutica Básica e Aplicada**. Mato Grosso. v. 34 n. 1, p. 109-116, 2013.

FERREIRA-JUNIOR, C. L.; MELLO, I. F.; PINHEIRO, M. L. P.; FERREIRA, K. A. S.; SEIXAS, S. R. S.; FERREIRA, B. L. S. Análise das Interações Medicamentosas em Prescrições de uma Instituição de Longa Permanência em um Município de Minas Gerais. **Boletim Informativo Geum**. Minas Gerais. v. 7, n. 1, p. 64-70, jan/mar, 2016.

FICK, D. M.; COOPER, J. W.; WADE, W.; WALLER, J.; MACLEAN-Jr.; BEERS, M. H. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. **Archives of Internal Medicine**. v. 163, n. 22, p. 2716-2724, 2008.

FIRMINO, K. F.; ABREU, M. H. N. G. de.; PERINI, E.; MAGALHAES, S. M. S. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 27. n. 6, p. 1223-1232, jun, 2011.

GAGE, S. B.; MORIDE, Y.; DUCRUET, T.; KURTH, T.; VERDOUX, H.; TOURNIER, M.; PARIENTE, A.; BÉGAUD, B. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: Case-control study. **British Medical Journal**. Londres. v. 349, n. 5205, set, 2014.

GOMES, J. B.; REIS, L. A. Descrição dos sintomas de Ansiedade e de Depressão em idosos institucionalizados no interior da Bahia, Brasil. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo-SP. v. 19, n. 1, p. 175-191, jan/mar, 2016.

GOMES, V. C. M. **A velhice nas propagandas do ministério da saúde: Subjetividades e Representações de Idosos nos Filmes das Campanhas de Vacinação**. 2013. 156f. Dissertação (mestrado em comunicação). Faculdade de Informação e Comunicação. Universidade Federal de Goiás. Goiânia. 2013.

GUEVARA, G. P. **O elevado do consumo de benzodiazepínicos**. 2014. 21f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2014.

GUIMARÃES, A. C. O. **Uso e abuso dos benzodiazepínicos: revisão bibliográfica para os profissionais de saúde da atenção básica**. 2013. 37f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais. 2013.

HAMRA, A.; RIBEIRO, M. B.; MIGUEL, O. F. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. **Acta Ortopédica Brasileira**. São Paulo-SP. v. 15, n. 3, p. 143-145, 2007.

LEONARDI, C.; CARPES, A. D.; BACKES, D. S.; COSTENARO, R. G. S. Interações medicamentosas potenciais em idosos institucionalizados. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde**. Santa Maria. v. 13, n. 2, p. 181-189, mar/ago, 2012.

LEVITAN, M. N.; CHAGAS, M. H. N.; CRIPPA, J. A. S.; MANFRO, G. G.; HETEM, L. A. B.; ANDRADE, N. C.; SALUM, G. A.; FERRARI, M. C. F.; NARDI, A. E. Diretrizes da

Associação Médica Brasileira para o tratamento do transtorno de ansiedade social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro. v. 33, n. 3, p. 292-302, set, 2011.

LOPES, K. T.; COSTA, D. F.; SANTOS, L. F.; CASTRO, D.P.; BASTONE, A.C.

Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos. v. 13, n. 3, p. 223-229, 2009.

LOPES, M. E. M.; CHRISTOFF, A. O. Estudo das interações medicamentosas em 3 idosos residentes em um asilo de Curitiba – PR. **Cadernos da Escola de Saúde**. Curitiba. v. 2, n. 6, p. 172-186, 2014.

MANSO, M. E. G.; BIFFI, E. C. A.; GERARDI, T. J. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. v. 18, n. 1, p. 151-164, 2015.

MANTOVANI, C.; MIGON, M. N.; ALHEIRA, F. V.; DEL-BEN, C. M. Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 32, p. 96-103, out. 2010.

MARCHI, K. C.; BÁRBARO, A. M.; MIASSO, A. I.; TIRAPELLI, C. R. Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 15, n. 3, p. 731-739, jul/set, 2013.

MARQUES, F. C. **Estudo transversal relacionado ao uso de benzodiazepínicos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Campo Bom – RS**. 2015. 81f. Dissertação (Mestrado de Medicina). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre. 2015.

MARUITI, M. R.; GALDEANO, L. E.; FARAH, O. G. D. Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. v. 21, n. 4, p. 636-642, 2008.

MENEZES, R. L.; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de risco intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciência de Saúde Coletiva**. Goiânia. v. 13, n. 4, p. 1209-1218, 2008.

MEZZARI, R.; ISER, B. P. M. Desafios na prescrição de benzodiazepínicos em unidades básicas de saúde. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre. v. 59, n. 3, p. 198-203. jul/set. 2015.

MINGHELLI, B.; TOMÉ, B.; NUNES, C.; NEVES, A.; SIMÕES, C. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 40, n. 2, p. 71-6, 2013.

MOURA, M. **Uso de benzodiazepínicos em idosos, declínio cognitivo e risco de quedas. Associação médica de Brasília**. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília. 2016.

NALOTO, D. C. C.; LOPES, F. C.; BARBERATO-FILHO, S.; LOPES, L. C.; FIOL, F. S. D.; BERGAMASCHI, C. C. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. **Ciências da Saúde coletiva**. v. 21, n. 4, p. 1267-1276, 2016.

NOIA, A. S.; SECOLI, S. R.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIEBER, N. S. R. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. **Revista Escola de Enfermagem**. Universidade de São Paulo. v. 46, p. 38-4, 2012.

NORDON, D. G.; AKAMINE, K.; NOVO, N. F.; HÜBNER, C. V. K. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 31, n. 3, p. 152-158, jul/nov. 2009.

NOVAES, P. H. **Comparação de critérios para avaliação de medicamentos potencialmente inapropriados pelos idosos**. 2016. 163ff. Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora. 2016.

OLIVEIRA, F. L. **Plano de intervenção para redução do uso inadequado de benzodiazepínicos do Município de Mirai/MG**. 2014. 36f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Mirai-MG. 2014.

OLIVEIRA, L. P. B. A.; SANTOS, S. M. A. Uma revisão integrativa sobre o uso de medicamentos por idosos na atenção primária à saúde. **Revista Escola de Enfermagem**. v.50, n.1, p.167-179, jun/nov, 2016.

OLIVEIRA, J. D. L.; LOPES, L. A. M.; CASTRO, G. F. P. de. Uso indiscriminado dos benzodiazepínicos: a contribuição do farmacêutico para um uso consciente. **Revista Transformar**. Centro Universitário São José de Itaperuna. 7ºed. 2015.

ONOFRI-JUNIOR, V. A.; MARTINS, V. S.; MARIN, M. J. Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família e a presença de transtornos mentais comuns. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. v. 19, n. 1, p. 21-33, 2016.

PAULINO, C. A.; COSTA, F. M.; APRILE, M. R. Consequências da Polifarmacoterapia em Idosa Vestibulopata. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**. v. 7, n. 2, p. 31-6, 2015.

PAULINO, C. A.; RIZZO, M. S.; SOUSA, M. I. A. Risco de Reações Alérgicas a Excipientes de Medicamentos Utilizados por Idosos com Vestibulopatias. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**. v. 7, n. 2, p. 41-1, 2015.

PEIXOTO, J. S.; SALCI, M. A.; RADOVANOVIC, C. A. T.; SALCI, T. P.; TORRES, M. M.; CARREIRA, L. Riscos da interação droga-nutriente em idosos de instituição de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 33, n. 3, p. 156-164, 2012.

PILLON, S. C.; CARDOSO, L.; PEREIRA, G. A. M.; MELLO, E. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial: álcool e outras drogas. **Escola Anna Nery revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro. v. 14, n. 4, p. 742-748, 2010.

PRUDÊNCIO, F. A.; NOGUEIRA, L. T. Conhecimento de idosas sobre o uso de psicotrópicos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 14, n. 1, p. 130-8, out/dez, 2013.

QUEIROZ-NETTO.; PEREIRA, M. L.; FREITAS L. O. Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. v. 33, n. 1, p. 77-81, 2012.

REZENDE, C. P.; CARRILLO, M. R. G. G.; SEBASTIAO, E. C. O. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 28, n. 12, p. 2223-2235, dez, 2012.

ROCHA, A. P. C.; BARROS, G. A. M.; NASCIMENTO, J. S.; SANTOS, K. P.; VASCONCELOS, L. M.; CASTRO, P. A. C. R. de. Sedação com sufentanil e clonidina em pacientes submetidos a um cateterismo cardíaco. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 96, n. 3, p. 219-226, set/out, 2011.

RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. SILVEIRA D. S.; SIQUEIRA, F. V.; PANIZ, V. M. V. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas. **Revista Saúde Pública**. São Paulo. v. 43, n. 4, p. 604-622, 2009.

ROSA, G. R.; CAMARGO, E. A. F. Polimedicação em idosos. **Interciência & Sociedade**. v. 3, n. 2, 2014.

SALES, A. S.; SALES, M. G. S.; CASOTTI, C. A. Perfil farmacoterapêutico e polifarmácia entre idosos na Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 26, n. 1, p. 121-132, jan/mar, 2017.

SANTOS, A. A. P.; FERREIRA, C. C.; SILVA, M. L. Fatores que interferem na escolha do método contraceptivo pelo casal: revisão integrativa. **Revista da Associação Portuguesa de Sociologia**. v. 18, n. 3, p. 368-377, jul/set, 2015.

SANTOS, H. C.; RIBEIRO, R. R.; FERRARINI, M.; FERNANDES, J. P. S. Possíveis interações medicamentosas com psicotrópicos encontradas em pacientes da Zona Leste de São Paulo. **Revista de Ciências Farmacêutica Básica Aplicada**. v. 30, n. 3, p. 285-289, 2009.

SANTOS, T. R. A.; LIMA, D. M.; NAKATANI, A. Y. K.; PEREIRA, L. V.; LEAL, G. S.; AMARAL, R. G. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 47, n. 1, p. 94-103, 2013.

SECOLI, S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 63, n. 1, p. 136-140, jan/fev, 2010.

SILVA, B. P.; OLIVEIRA, D. G.; WANDERLEY, D. M. S.; LIMA, R. S. C.; TELES, Y. C. F. Avaliação do uso de benzodiazepínicos por idosos. **Anais Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**. v. 2, n. 1, p. 01-05, 2015b.

SILVA, C.; HERZOG, L. M. Psicofármacos e psicoterapia com idosos. **Psicologia & Sociedade**. v. 27, n. 2, p. 438-448, 2015.

SILVA, K. D.; RODRIGUES, R. Avaliação da prescrição de benzodiazepínicos em uma farmácia magistral da cidade de paranavaí (PR). **Revista Saúde e Pesquisa**. v. 7, n. 3, p. 423-434, set/dez, 2014.

SILVA, L. R. F. Terceira idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 801-815, 2008.

SILVA, L. O.; CORONAGO, V. M. M. O. Etnografia de Idosos que moram sozinhos: desafios e possibilidades. **Revista de Psicologia**. v. 10, n. 32, nov/dez, 2016.

SILVA, M. C. As tecnologias de comunicação na memória dos idosos. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo. v. 1, n. 126, p. 379-389, mai/ago, 2016.

SILVA, P. A.; SILVA K. O.; MASCARENHAS, G. D. M.; FARIA, L. A. Aspectos relevantes da farmacoterapia do idoso e os fármacos inadequados. **InterScientia**. João Pessoa. v. 3, n. 1, p. 31-47, jan/jun, 2015a.

SILVA, R. M.; OLIVEIRA, D. W. D.; BISCARO, P. C. B.; ORTI, N. P.; SÁ-PINTO, A. C.; RAMOS-JORGE, M. L. Inquérito epidemiológico em população idosa (parte II): saúde bucal, ansiedade, depressão, estresse e uso de medicamentos. **Scientia Medica**. v. 26, n. 1, 2016.

SILVA, R. O.; BATISTA, L. M.; ASSIS, T. S. Análise do perfil de uso de benzodiazepínicos em usuários de um hospital universitário da Paraíba. **Revista Brasileira de Farmácia**. v. 94, n. 1, p. 59-65, 2013.

SILVA, R. S. **Atenção farmacêutica ao uso indiscriminado de benzodiazepínicos**. 2012. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro universitário estadual da Zona Oeste. Rio de Janeiro. 2012.

SILVA, V. P.; BOTTI, N. C. L.; OLIVEIRA, V. C.; GUIMARÃES, E. A. Perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 1, p. 1393-1400, jan/abr, 2015c.

SOUSA, A. B.; CAVALCANTE, P. B. F. G.; MENDES, C. M. M. Estudo da prescrição de benzodiazepínicos pelos médicos da estratégia de saúde da família de Teresina, Piauí. **Revista Internacional Interdisciplinar**. v. 9, n. 3, p. 26-35, jul/ago/set, 2016.

SOUZA, A. R. L. **Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres: Um estudo qualitativo**. 2011. 102f. Tese (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia. São Paulo. 2011.

SOUSA, L. P. C.; VEDANA K. G. G.; MIASSO, A. I. Adesão Ao Tratamento Medicamentoso Por Pessoas Com Transtorno De Ansiedade. **Cogitare Enfermagem**. v. 21, n. 1, p. 01-11, jan/mar, 2016.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TELLES-FILHO, P. C. P.; CHAGAS, A. R.; PINHEIRO, M. L. P.; LIMA, A. M. J.; DURÃO, A. M. S. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Escola Anna Nery**. v. 15, n. 3, p. 581-586, jul/set, 2011.

VIEL, A. M.; RIBEIRO-PAES, J. T.; STESSUK, T.; SANTOS, L. Interações medicamentosas potenciais com benzodiazepínicos em prescrições médicas de pacientes hospitalizados. **Revista de Ciências Farmaceutica Básica e Aplicada**. v. 35, n. 4, p. 589-596, 2014.

VEY, A. P. Z.; DALENOGARE, J. F.; SILVA, A. C.; MARQUES, C. M. G. Quedas e frequência de internação e mortalidade em idosos no Brasil e Rio Grande do Sul. **Fisioterapia Brasil**. v. 17, n. 6, p. 559-565, 2016.

WOLFF, S. F.; LUZ, H. H. V. **Incidência do uso de drogas em idosos**. Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí. v. 1, n. 1, p. 01-15, 2016.

WOOLCOTT J. C.; RICHARDSON K. J.; WIENS M. O.; PATEL B.; MARIN J.; KHAN K. M.; MARRA, C. A. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. **Archives Internal Medicina**, v. 170, n. 5, p. 477-490, mar, 2010.