

ANTÔNIO MÁRCIO NOGUEIRA FILHO

**O PERFIL DE IDOSOS EM USO DE BENZODIAZEPÍNICOS DE UMA
EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2011

ANTÔNIO MÁRCIO NOGUEIRA FILHO

**O PERFIL DE IDOSOS EM USO DE BENZODIAZEPÍNICOS DE UMA
EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Andréa Fonseca e Silva

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2011

Nogueira Filho, Antônio Márcio.

O perfil de idosos em uso de benzodiazepínicos de uma equipe de atenção primária à saúde. Antônio Márcio Nogueira Filho. Belo Horizonte, 2011.

Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

1.Benzodiazepínicos 2.Atenção Primária 3.Idosos 4.Prescrições de Medicamentos

ANTÔNIO MÁRCIO NOGUEIRA FILHO

**O PERFIL DE IDOSOS EM USO DE BENZODIAZEPÍNICOS DE UMA
EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Andréa Fonseca e Silva

Banca Examinadora

NOME: Andréa Fonseca e Silva

Instituição:UFMG

NOME: Maria Dolôres Soares Madureira

Instituição:UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, 12/07/2011

À Comunidade Minas Caixa que me acolheu.

À Equipe Azul e aos acadêmicos do Internato de Atenção Integral à Saúde que
partilharam comigo a busca do conhecimento.

A meus familiares e minha Noiva Amanda, que me incentivaram em todos os
momentos dessa minha formação.

Agradeço a todos os meus familiares, em especial minha mãe Maria Elisa, pelo apoio, incentivo e carinho. A minha noiva Amanda, pelo companheirismo. A todos os colegas de trabalho do Centro de Saúde Minas Caixa pelo aprendizado, cumplicidade e amor pela profissão. E a todos os tutores e orientadores do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pelo conhecimento adquirido.

“A filosofia, como a medicina, dispõe de muitas drogas, de pouquíssimos remédios bons e de quase nenhum específico.”

Sébastien-Roch Chamfort

RESUMO

Apesar das 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. O presente estudo teve por objetivo analisar as características e os fatores associados à utilização de BDZ dentre os pacientes idosos de uma equipe de saúde da família e comunidade (ESF) do Centro de Saúde Minas Caixa, da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte. Realizou-se uma análise secundária dos dados obtidos através do Sistema Gestão Saúde em Rede (GESTÃO) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte de todos os idosos residentes na área de abrangência da equipe e que faziam uso de benzodiazepínicos. Estatística descritiva foi apresentada pelas porcentagens dos respectivos totais para variáveis categóricas. De 458 idosos assistidos pela equipe, 40 utilizavam benzodiazepínicos (8,47%), sendo a maioria de mulheres (72,5%). A maior parte dos usuários já estava aposentada (67,5%), predominando as atividades de dona-de-casa (47,5%), seguida por doméstica (15%) antes da aposentadoria. Quanto à escolaridade e renda, a maioria havia cursado até o ensino fundamental (65%) e recebia até 3 salários mínimos (77,5%). Os benzodiazepínicos mais utilizados foram o diazepam (50%) e clonazepam (35%), seguidos por outras classes (15%). De acordo com o tempo de uso, 5% utilizavam há menos de um ano, 42,5% utilizavam até 5 anos, 32,5% até 10 anos e 20% por mais de 10 anos. Ansiedade (45%) e insônia (42%) foram as duas principais indicações relatadas. Os prescritores iniciais da maioria foram clínica médica (45%) e psiquiatria (42,5%), sendo o médico de família e comunidade o prescritor atual de 97,5%, com uma tentativa de retirada em 62,5% dos usuários. Dos usuários, 47,5% apresentavam duas ou mais comorbidades e 60% utilizavam outras duas ou mais classes de medicamentos. Os benzodiazepínicos continuam sendo utilizados em longo prazo pelos idosos, inclusive com predomínio de fármacos de longa duração. Geralmente o medicamento fora iniciado por um clínico ou psiquiatra e é mantido pelo médico de família, que encontra insucesso na retirada. O uso associado de benzodiazepínicos e duas ou mais medicações teve uma alta prevalência, caracterizando uma situação de risco, que merece atenção como um problema de saúde pública.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos. Atenção Primária. Idosos. Prescrições de Medicamentos.

ABSTRACT

Despite recommendations against the prolonged use of benzodiazepines, studies indicate that its use is inappropriate for this time especially for the elderly, and primary care teams primarily responsible for access to medicines. This study aimed to analyze the profile of the elderly users of benzodiazepines in a Family Health Team and factors associated with their use. We conducted a secondary analysis of data obtained through the Health Management System in Network of Municipal Health Secretariat of Belo Horizonte to all elderly residents of the area covered by the team and who were using benzodiazepines. Descriptive statistics were presented as percentages of their total for categorical variables. Of 458 elderly people assisted by the team, 40 were using benzodiazepines (8.47%), and most women (72.5%). Most users were already retired (67.5%), the predominant activities of stay-at-home (47.5%), followed by domestic (15%) before retirement. As for education and income, most had attended some schooling (65%) and received up to three minimum wages (77.5%). Benzodiazepines were used more diazepam (50%) and clonazepam (35%), followed by other classes (15%). According to the time of use, 5% used less than one year, 42.5% used up to 5 years, 32.5% up to 10 years and 20% for more than 10 years. Anxiety (45%) and insomnia (42%) were the two main indications reported. The initial prescribers were mostly medical (45%) and psychiatry (42.5%), and the family doctor and community prescribers current 97.5%, with an attempted withdrawal in 62.5% of users. Of users, 47.5% had two or more co-morbidities and 60% used two or more other classes of drugs. Benzodiazepines continue to be used by the elderly in long term, including a predominance of drugs long term. Usually the drug had been initiated by a physician or psychiatrist and is maintained by the family doctor, who found failure in the withdrawal. The combined use of benzodiazepines and two or more drugs had a high prevalence, characterizing a situation of risk, which deserves attention as a public health problem.

Key Words: Benzodiazepines. Primary Care. Elderly. Drugs prescription.

LISTA DE ABREVIATURAS

AAS	Ácido acetilsalicílico
ANTI-HAS	Anti-hipertensivo
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BDZ	Benzodiazepínicos
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
DIMED	Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos do Ministério da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe de Saúde da Família e Comunidade
GABA	Ácido para-aminobutírico
GESTÃO	Sistema Gestão Saúde em Rede
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
INCB	International Narcotics Central Boards
IRS	Inibidor da Recaptação de Serotonina
OMS	Organização Mundial de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PBH	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PEP	Programa de Educação Permanente
PSF	Programa Saúde da Família
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 3.1 Prevalência dos tipos de BDZ utilizados pelos idosos da ESF - 2010

Gráfico 3.2 Prescritores iniciais dos idosos usuários de BDZ da ESF - 2010

Gráfico 3.3 Prescritores atuais dos idosos usuários de BDZ da ESF - 2010

LISTA DE QUADROS

Quadro 3.1 Co-morbidades e uso de demais classes medicamentosas pelos idosos usuários de BDZ da ESF - 2010

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1 Sexo e faixa etária dos idosos usuários de BDZ da ESF - 2010

Tabela 3.2 Ocupação atual e antes de se aposentar dos idosos usuários de BDZ da ESF - 2010

Tabela 3.3 Renda e escolaridade dos idosos usuários de BDZ da ESF - 2010

Tabela 3.4 Tempo de uso de BDZ pelos idosos da ESF - 2010

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 METODOLOGIA	18
2.1 Delineamento do estudo	18
2.2 Breve relato: a ESF do Centro de Saúde Minas Caixa	18
2.3 Coleta de Dados	19
3 RESULTADOS	21
4 DISCUSSÃO	26
5 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	33
Apêndice A	
Apêndice B	
Anexo A	

1 INTRODUÇÃO

A maioria das descobertas da psicofarmacologia que revolucionaram a prática clínica tiveram início após a segunda guerra mundial. Desde então, os psicotrópicos têm diminuído significativamente o número de internações e tempo de permanência em hospitais psiquiátricos. Para os profissionais de saúde, esses medicamentos significaram novas perspectivas terapêuticas, aprimorando o tratamento dos distúrbios mentais e seu manejo (TANCREDI, 1986).

Os benzodiazepínicos (BDZ), cujo mecanismo de ação se dá através da estimulação do receptor do ácido para-aminobutírico (GABA), que é um neurotransmissor inibitório do Sistema Nervoso Central (SNC), são medicamentos psicotrópicos que surgiram a partir da década de sessenta para o tratamento da ansiedade e da insônia. Desde então, logo se espalharam para o controle de diversas doenças psiquiátricas como adjuvantes ao tratamento: transtorno depressivo, transtorno afetivo bipolar, abstinência alcoólica, dentre outras; além de serem utilizados em larga escala para o controle de crises convulsivas (SALZMAN, 1990). Com a promessa de raros e bem tolerados efeitos adversos, além de rápido início de ação para a melhoria dos sintomas, foram amplamente prescritos e utilizados pela população que carecia, na época, de medicamentos para o controle de seus transtornos mentais em ascensão, uma parte desencadeada pelas transformações sociais vigentes no período (LUKOFF *et al.*, 1986). Segundo Paprocki (1990), o consumo crescente de BDZ pode ser resultado de um período particularmente turbulento que caracteriza as últimas décadas da humanidade. A diminuição progressiva da resistência dos indivíduos para tolerar tanto estresse, a introdução profusa de novas drogas e a pressão propagandística crescente por parte da indústria farmacêutica, ou ainda hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos podem ter contribuído para o aumento da procura pelos BDZ.

Diversos ensaios clínicos estabeleceram a efetividade dos BDZ no tratamento em curto prazo da ansiedade aguda e insônia, e, em longo prazo, no controle de alguns distúrbios de ansiedade bem definidos, como o distúrbio do pânico ou agorafobia (DEL PORTO, 2000; KAPLAN *et al.*, 1997; TANCREDI, 1986). Nesse contexto, rapidamente o uso dos BDZ cresceu exponencialmente em todo o mundo, tornando-se os agentes ansiolíticos mais prescritos nos Estados Unidos

(BAUM, 1984) e, no Brasil, tornando-se a terceira classe de drogas mais prescrita (KAPCZINSKI *et al.*, 2001). Além disso, outros estudos foram publicados em nosso país, demonstrando que os BDZ são utilizados por cerca de 4% da população como um todo (CEBRID, 2005; GALDURÓZ *et al.*, 2005).

Com o uso continuado, no entanto, as prescrições de BDZ foram se tornando questionadas, pela grande capacidade dessas drogas gerarem dependência e tolerância aos seus usuários, na maioria das vezes potencializadas e perpetuadas por indicações imprecisas, manutenção de prescrição por parte dos médicos, além de aumento da dose pelo próprio paciente, gerando forte necessidade psicológica pelo medicamento e tolerância (KAN, 2004). Atualmente, alguns estudos vêm sendo publicados considerando perfis de risco para o abuso de BDZ, levando-se em conta o seu uso dentro de equipes de saúde da família e comunidade (HERRERA *et al.*, 2002; MARVIN *et al.*, 2009; NORDON *et al.*, 2009; OLIVEIRA, 2009) ou mesmo dentro da população geral (ORLANDI; NOTO, 2005). Além disso, órgãos internacionais como a OMS (Organização Mundial de Saúde) e o INCB (International Narcotics Control Boards) têm alertado para o uso indiscriminado dos BDZ, sobretudo em países em desenvolvimento, que passam por maiores transformações sociais.

Assim como o número de idosos vem aumentando nas populações, o consumo de medicamentos por essa faixa etária também mostra grande aumento, sendo que os idosos são considerados o grupo etário mais medicalizado da sociedade, devido ao aumento das doenças crônicas nessa faixa etária (BERSTEIN *et al.*, 1989). Os idosos podem ser portadores de quadros psiquiátricos próprios dessa faixa etária como demências, transtornos depressivos ou psicóticos de início tardio ou terem transtornos iniciados na juventude como a esquizofrenia, o transtorno afetivo bipolar e transtornos ansiosos. Todos implicam em prejuízo, principalmente em relação à qualidade de vida, e podem ser melhorados a partir do tratamento medicamentoso. Para o adequado manejo dos psicofármacos em idosos, é fundamental que sejam consideradas as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, já que a farmacodinâmica de todos os psicotrópicos será afetada por essas mudanças (Anexo A). Ocorre, com o aumento da idade, aumento proporcional da gordura corporal, o que leva a um maior volume de distribuição de drogas lipofílicas, como os BDZ. As taxas séricas de albumina se encontram reduzidas, com conseqüente aumento da fração de droga não ligada a essa

proteína, capaz de atravessar a barreira hemato-encefálica e produzir efeitos adversos. Além disso, os processos de metabolização hepática e de excreção renal das substâncias acham-se diminuídos, acarretando maiores meia-vidas e maior risco de toxicidade (ALMEIDA, 1997; HARDMAN *et al.*, 2001).

Atualmente, há uma grande preocupação em relação ao uso de BDZ por pacientes idosos, uma vez que essa faixa etária está mais propensa a desenvolver efeitos adversos importantes com o uso dessa classe medicamentosa. Estudos têm demonstrando uma maior ocorrência de problemas relacionados ao uso de BDZ em pacientes idosos, que estão mais propensos a desenvolverem quedas, déficits cognitivos e dependência à medicação (COUTINHO; SILVA, 2002; LANDI *et al.*, 2005; ROZENFELD *et al.*, 2003). Quando indispensáveis, os BDZ devem ser utilizados por um curto período de tempo e em baixas dosagens, evitando-se o seu uso em pacientes com demência. Além disso, deve-se dar prioridade para medicamentos com menor meia-vida e menos metabólitos ativos (BOTTINO;CASTILHO, 1999).

Dada essa importância do tema, as pesquisas têm começado a priorizar as populações de usuários crônicos de BDZ, com o intuito de melhor identificá-las, principalmente entre os idosos, para que se alcancem medidas preventivas mais efetivas. Algumas características desses usuários já estão bem documentadas, como o sexo feminino, o aumento da idade, os baixos níveis de renda e escolaridade, queixas osteo-musculares, gastrointestinais e insônia (HERRERA *et al.*, 2002; KARNIOL *et al.*, 1986; RODRIGO *et al.*, 1998; SIMON *et al.*, 1996).

Alguns estudos têm demonstrado que a prevalência de transtornos mentais em comunidades ocidentais gira em torno de 17%. Além disso, os transtornos depressivos e os transtornos de ansiedade representam a terceira causa de problemas de saúde em mulheres nos países desenvolvidos e a quinta causa nos países em desenvolvimento. A importância de tais transtornos, aliada à falta de preparo por parte dos médicos em lidar com problemas psicológicos e existenciais, além da deteriorização da relação médico paciente, reduz a oportunidade deste em expressar a origem do seu transtorno e a disponibilidade do médico em buscar a solução adequada, o que acarreta uma prescrição indiscriminada de psicotrópicos, especialmente os BDZ (LOPES *et al.*, 2003).

Transtornos mentais e comportamentais são comuns entre os usuários que buscam serviços de atenção primária à saúde, sendo que estudos realizados em 14 países demonstraram uma prevalência média de 24% entre os pacientes acompanhados na atenção primária (LOPES *et al.*, 2003; OMS, 2001). Os diagnósticos mais comuns foram depressão, ansiedade e transtornos relacionados ao uso de substâncias. Além disso, como a atenção básica em saúde da família e comunidade vem gradativamente se tornando a base primordial de sustentação de modelos de saúde pública, necessitamos de aprimorar nossos conhecimentos e dados a respeito do uso de substâncias psicotrópicas por parte dos pacientes acompanhados pelas equipes de saúde da família, sobretudo dos idosos pelos riscos já mencionados, além do perfil de prescrição adotados pelos profissionais, para que possamos fomentar as discussões a respeito do uso indiscriminado e prejudicial de BDZ e adotarmos estratégias de prevenção.

Sendo assim, podemos perceber a problematização que envolve o uso prolongado de BDZ por pacientes idosos, sobretudo no que se refere à atenção primária à saúde. No entanto, para que possamos adotar medidas eficazes diante do problema, é fundamental que conheçamos as características dos idosos usuários de BDZ, além dos fatores associados ao seu uso, identificando riscos e condutas que podem resultar mais provavelmente na atual situação de risco já descrita. A partir do levantamento de dados relacionados a esses pacientes idosos usuários de BDZ, podemos desenvolver planos de ação para o controle do uso indiscriminado e inadequado desses psicotrópicos, para que possamos interromper a conduta automática de simplesmente “renovar as receitas azuis” dos usuários crônicos, adotando, sem dúvida, uma medida menos passiva diante dessa situação.

No Centro de Saúde Minas Caixa, ao nos depararmos com o problema, durante o diagnóstico situacional realizado pela equipe, passamos a registrar melhor nossas informações durante o atendimento aos idosos usuários de BDZ. Visávamos à construção de um plano de ação concreto e bem sistematizado de combate à situação encontrada de uso indevido e indiscriminado de BDZ por idosos que, na maioria das vezes, eram portadores de demais co-morbidades e usuários também de outras classes medicamentosas, o que aumentava consideravelmente o risco de complicações.

Portanto, o objetivo desse trabalho é analisar as características e os fatores associados à utilização de BDZ dentre os pacientes idosos de uma equipe de saúde da família e comunidade (ESF) do Centro de Saúde Minas Caixa, da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte.

2 METODOLOGIA

2.1 Delineamento do estudo

Foi realizada inicialmente uma revisão de literatura em busca de artigos na base de dados do Pubmed, utilizando os seguintes descritores: “benzodiazepines”, “primary care”, “elderly”, “drugs prescription”, “abuse of benzodiazepines”, nos últimos 20 anos, sendo ainda cinco estudos da década de 80 considerados, dada a relevância dos mesmos para o tema. Artigos relacionados e referências dos artigos selecionados também foram considerados. Ao ser consultada a Biblioteca Virtual em Saúde através das bases do LILACS e Scielo, foram utilizados os descritores em português.

Esse é um estudo transversal, do tipo quantitativo descritivo, segundo a definição de Sabin (2004), observacional, a partir da análise de dados secundários disponíveis em um Sistema de Informação em Saúde Pública denominado Sistema Gestão Saúde em Rede (GESTÃO).

2.2 Breve relato: A ESF do Centro de Saúde Minas Caixa

A ESF adscrita ao Centro de Saúde Minas Caixa, pertencente ao Distrito Sanitário de Venda Nova, da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), conta com a sua atual formação há cerca de dois anos, sendo constituída por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). Com uma população estimada, de acordo com o Cadastro BH Social da PBH, de 3786 indivíduos dispostos em 1400 famílias, os usuários estão inseridos em uma área de médio e elevado risco social. Dentre os usuários, 472 são maiores de 60 anos, representando uma população idosa de 12,4% sob responsabilidade da equipe (Apêndice A).

Uma das principais demandas desde o início das intervenções da atual formação multidisciplinar é a “troca de receitas”, principalmente de medicamentos controlados psicotrópicos. É comum, diariamente, nos depararmos com pacientes trazendo suas “prescrições azuis” para darem continuidade ao uso desses fármacos. Sendo assim, a conduta inicial adotada pela equipe é a marcação de uma consulta

eletiva com o médico responsável para abordagem do tratamento e da manutenção ou não de determinada medicação. Surgem então as dificuldades encontradas na retirada de BDZ que estão, na maioria das vezes, sendo utilizados há longo prazo, sem indicação ou critério clínico definido, principalmente em pacientes idosos. Além das consultas, o problema em questão ficou mais nítido quando da realização de um Mutirão do Idoso durante o mês de Novembro de 2009, onde vários participantes profissionais do Centro de Saúde relataram a grande quantidade de idosos em uso de medicamentos controlados ao preencherem a Caderneta do Idoso disponibilizada pelo Ministério da Saúde (MS).

Ao começarmos a perceber esse problema, nos preocupamos com o registro de informações minuciosas nos atendimentos realizados através do Sistema Gestão Saúde em Rede (GESTÃO) disponibilizado pela SMSA de Belo Horizonte, visando a uma futura abordagem e plano de ação de acordo com as características e dados registrados. O tema foi elencado também durante a realização do planejamento estratégico situacional quando do diagnóstico situacional da equipe feito ao longo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

2.3 Coleta de dados

Durante o mês de outubro de 2010, foi solicitado aos ACS da ESF o consolidado de todas as famílias cadastradas na área de abrangência, em busca de todos os usuários com 60 anos ou mais de idade (Apêndice B).

A partir da identificação de todos os usuários da equipe maiores de 60 anos, durante os meses de novembro e dezembro de 2010 foi realizada uma busca detalhada no Sistema GESTÃO de todos esses indivíduos encontrados, procurando identificar aspectos dos atendimentos anteriormente prestados aos mesmos, não só por profissionais da equipe, mas também por profissionais de formações multidisciplinares anteriores, profissionais das equipes de apoio e da atenção secundária.

Sendo assim, as seguintes características e fatores foram pesquisados: sexo, profissão atual e anterior se aposentado, renda, escolaridade e uso ou não de BDZ. Dentre os dados dos idosos usuários de BDZ foram pesquisados: tipo de benzodiazepínico utilizado e tempo de uso, indicações de uso inicialmente

diagnosticadas, prescritor inicial e atual, co-morbididades e demais classes medicamentosas em uso associado.

Aqueles pacientes cujas todas as características e fatores acima mencionados não foram possíveis de se obter através do Sistema GESTÃO, por motivos de não preenchimento adequado ou nunca terem consultado com os profissionais da atual formação da equipe, foram excluídos da pesquisa por não serem considerados como acompanhados efetivamente e sob responsabilidade assistencial predominante da ESF principal foco de estudo desse trabalho.

Durante os meses de janeiro e fevereiro de 2011 foi realizado um estudo dos dados levantados do Sistema GESTÃO disponibilizado pela SMSA de Belo Horizonte, através da criação de um banco de dados utilizando-se o programa EpiInfo®. Estatística descritiva foi utilizada pelas porcentagens dos respectivos totais para variáveis categóricas.

3 RESULTADOS

De acordo com o consolidado inicial trazido pelos ACS para as atividades de cadastro da unidade, havia 472 indivíduos maiores de 60 anos residentes na área de abrangência da ESF. Dentre esses, foram considerados para os objetivos dessa pesquisa, 458 usuários, por serem dependentes exclusivamente da assistência prestada pela equipe, de acordo com a pesquisa realizada no Sistema GESTÃO e descrita na coleta de dados anteriormente.

Desses 458 idosos assistidos pela equipe, 40 utilizavam algum tipo de benzodiazepínico (8,73%). Desses 40 usuários, a maioria era de mulheres, representadas por 29 usuárias (72,5%).

Tabela 3.1: Sexo e faixa etária dos idosos usuários de BDZ da ESF - 2010

SEXO	n	%	FAIXA ETÁRIA	n	%
Masculino	11	27,5	60-69 anos	20	50
Feminino	29	72,5	70-79 anos	14	35
			80-89 anos	6	15
TOTAL	40	100		40	100

Fonte: Sistema GESTÃO, 2010.

Observando a tabela 3.1 anteriormente, podemos perceber o predomínio de mulheres usuárias de BDZ, assim como a distribuição dos usuários por faixa etária, predominando-se o uso antes dos 70 anos, mas ainda havendo idosos usuários em faixas etárias mais avançadas, maiores de 80 anos.

De acordo com a ocupação, 27 usuários de BDZ já estavam aposentados (67,5%), predominando, antes da aposentadoria, as atividades de dona-de-casa (47,5%), seguida por doméstica (15%). O detalhamento das atividades laborais está descrito na tabela 3.2 que se segue.

Tabela 3.2: Ocupação atual e antes de se aposentar dos idosos usuários de BDZ da ESF - 2010

OCUPAÇÃO ATUAL	n	%	ANTES DA APOSENTADORIA	n	%
Aposentado	27	67,5	Dona-de-Casa	13	48,2
Dona-de-casa	7	17,5	Doméstica	7	25,9
Balconista	1	2,5	Cobrador	1	3,7
Comerciante	1	2,5	Metalúrgico	1	3,7
Doméstica	1	2,5	Militar	1	3,7
Lavadeira	1	2,5	Pedreiro	3	11,1
Mecânico	1	2,5	Professora	1	3,7
Pedreiro	1	2,5			
TOTAL	40	100	TOTAL	27	100

Fonte: Sistema GESTÃO, 2010.

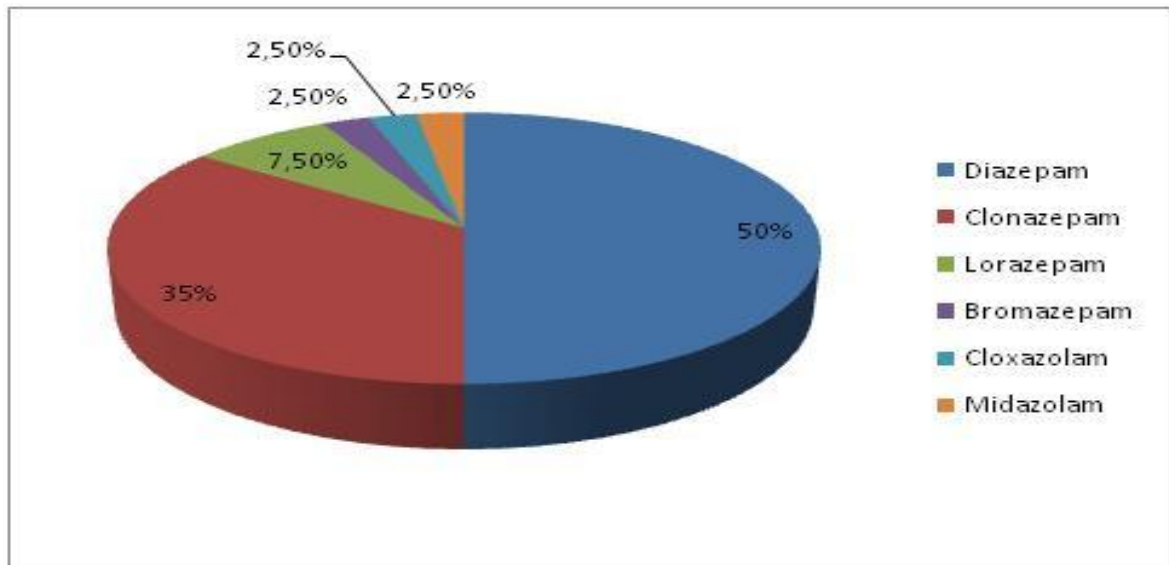
Quanto à escolaridade e à renda, a maioria dos usuários havia cursado até o ensino fundamental (65%) e recebe até 3 salários mínimos (77,5%).

Tabela 3.3: Renda e escolaridade dos idosos usuários de BDZ da ESF - 2010

ESCOLARIDADE	n	%	RENDA FAMILIAR	n	%
Analfabetismo	10	25%	< 1 salario	5	12,5%
Fundamental incompleto	18	45%	1-3 salários	27	67,5%
Fundamental completo	7	17,5%	3-5 salários	5	12,5%
Médio completo	5	12,5%	> 5 salários	3	7,5%
TOTAL	40	100		40	100

Fonte: Sistema GESTÃO, 2010.

Os BDZ mais utilizados foram o diazepam e clonazepam, seguidos por outras classes, conforme o Gráfico 3.1 que se segue.

Gráfico 3.1: Prevalência dos tipos de BDZ utilizados pelos idosos da ESF - 2010

Fonte: Sistema GESTÃO, 2010.

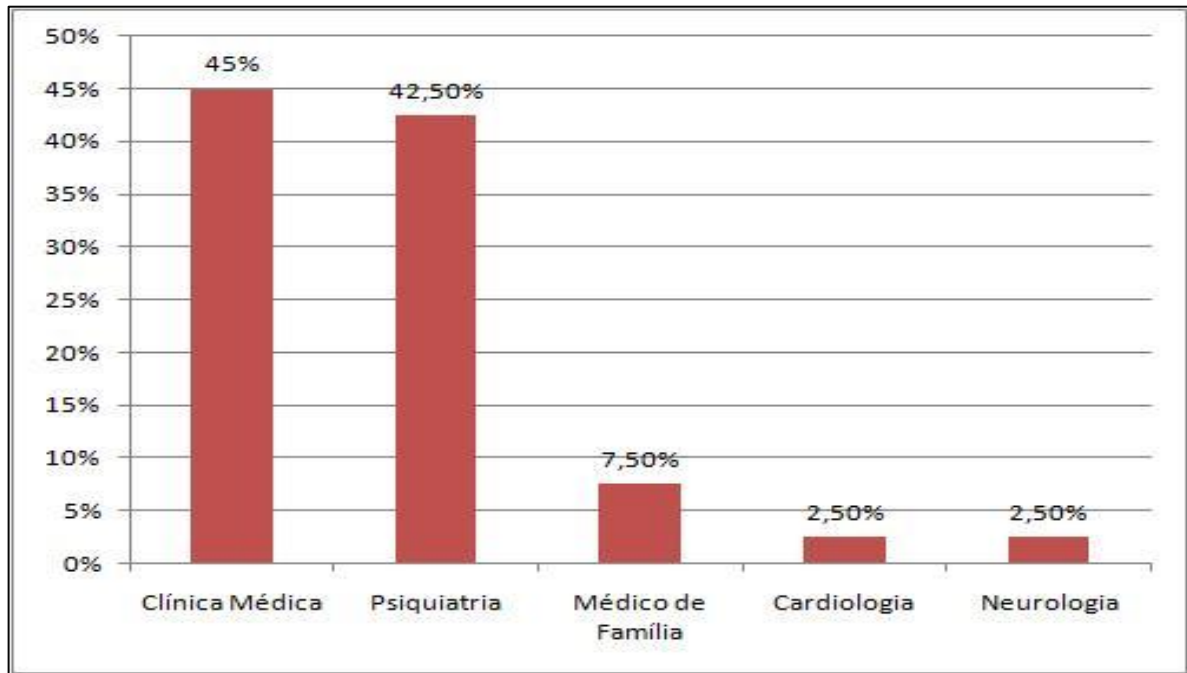
De acordo com o tempo de uso, 5% dos usuários utilizavam a menos de um ano, 42,5% utilizavam até 5 anos, 32,5% até 10 anos e 20% por mais de 10 anos.

Tabela 3.4: Tempo de uso de BDZ pelos idosos da ESF - 2010

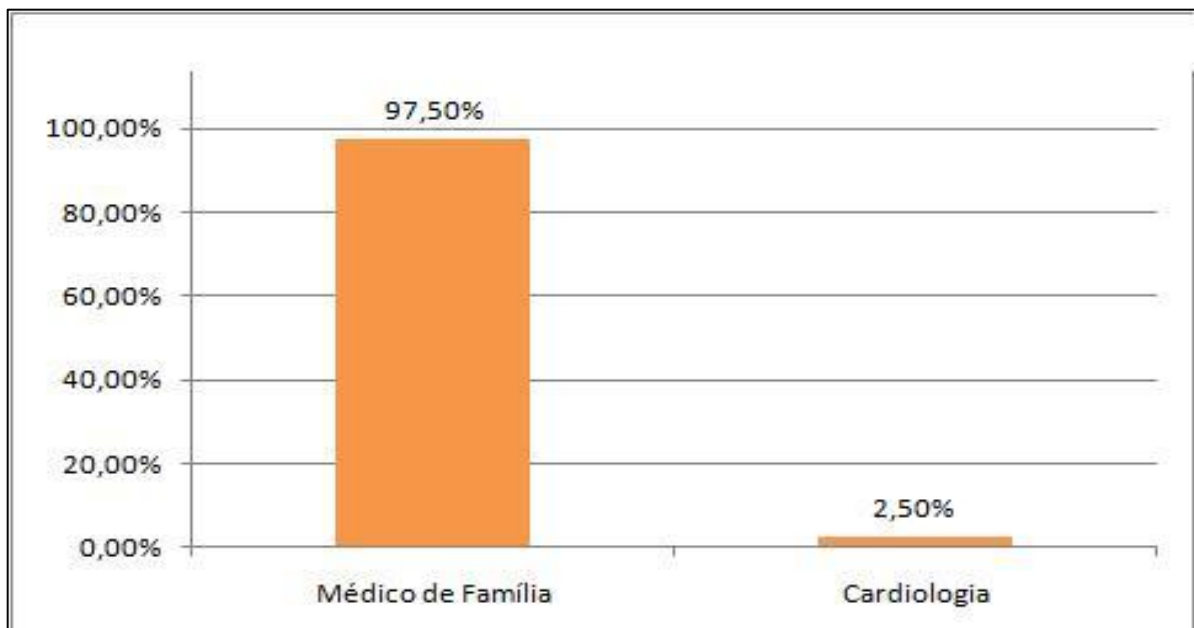
TEMPO DE USO	n	%
< 1 ano	2	5%
1 – 5 anos	17	42,5%
5 – 10 anos	13	32,5%
> 10 anos	8	20%
TOTAL	40	100

Fonte: Sistema GESTÃO, 2010.

As indicações iniciais para o uso de BDZ mais observadas foram ansiedade (52,5%) e insônia (40%), seguidas em menor número de cefaléia (2,5%), depressão (2,5%) e fibromialgia (2,5%). Os prescritores iniciais da maioria foram clínica médica (45%) e psiquiatria (42,5%), sendo o médico de família e comunidade o prescritor atual de 97,5%, conforme os gráficos 3.2 e 3.3 que se seguem. Havia sido feita uma tentativa de retirada do medicamento anteriormente em 62,5% dos usuários de BDZ.

Gráfico 3.2: Prescritores iniciais dos idosos usuários de BDZ da ESF - 2010

Fonte: Sistema GESTÃO, 2010.

Gráfico 3.3: Prescritores atuais dos idosos usuários de BDZ da ESF - 2010

Fonte: Sistema GESTÃO, 2010.

Dentre os usuários de BDZ, 47,5% apresentaram duas ou mais co-morbidades e 60% utilizavam outras duas ou mais classes de medicamentos diferentes. O quadro 3.1 a seguir contém os dados dos idosos, suas co-morbidades e medicamentos em uso.

Quadro3.1: Co-morbidades e uso de demais classes medicamentosas pelos idosos usuários de BDZ da ESF - 2010

N	S	PATOLOGIAS	OUTRAS CLASSES MEDICAMENTOSAS
1	M	Hipertensão (HAS)	Anti-HAS (anti-hipertensivo)/Tricíclico
2	F	Nenhuma	Inibidor Recaptação Serotonina (IRS)
3	M	Nenhuma	Nenhuma
4	M	Cardiopatía/HAS/Neuropatia	Anti-HAS/Hormônio
5	M	HAS	HAS
6	F	Diabetes Mellitus (DM)/HAS	AAS/Anti-HAS/Estatina/Hipoglicemiante
7	F	HAS	AAS (ácido acetilsalicílico)/Estatina/HAS
8	F	HAS	Anti-HAS
9	M	Nenhuma	Nenhuma
10	F	Gastropatia/HAS	Anti-HAS/Inibidor gástrico
11	F	Dislipidemia/HAS	Estatina/HAS
12	F	HAS	Anti-HAS
13	F	Dislipidemia/DM/HAS	AAS/Anti-HAS/Estatina/Hipoglicemiante/IRS
14	F	HAS	Anti-HAS/Tricíclico
15	F	Dislipidemia/HAS	Anti-HAS/Estatina
16	F	Dislipidemia/HAS	AAS/Anti-HAS/Estatina
17	M	DM/HAS/Neuropatia	AAS/Anti-HAS/Estatina/Hipoglicemiante
18	M	Dislipidemia/HAS	AAS/Anti-HAS/Estatina
19	F	HAS	Anti-HAS
20	F	DM/HAS	AAS/Anti-HAS/Estatina/Hipoglicemiante
21	F	DM/HAS	AAS/Anti-HAS/Estatina/Hipoglicemiante
22	F	Nenhuma	Nenhuma
23	M	HAS	Anti-HAS
24	F	Dislipidemia/HAS	Anti-HAS/Estatina
25	F	HAS	Anti-HAS
26	F	DISLIPIDEMIA/DM/HAS	AAS/Anti-HAS/Estatina/Hipoglicemiante
27	F	HAS	Anti-HAS
28	F	DM/HAS/Neoplasia	AAS/Anti-HAS/Estatina/Hipoglicemiante
29	F	Dislipidemia/DM/Epilepsia/HAS/	AAS/Anti-HAS/Estatina/Hipoglicemiante
30	M	HAS/Pneumopatia	AAS/Anti-HAS
31	F	HAS	Anti-HAS
32	F	HAS	Anti-HAS
33	F	DM/HAS	AAS/Anti-HAS/Estatina/Hipoglicemiante
34	F	HAS	Anti-HAS/IRS
35	F	HAS	Anti-HAS
36	F	Cardiovascular	Nenhuma
37	M	DM/HAS	AAS/Anti-HAS/Estatina/Hipoglicemiante
38	F	DM/HAS	AAS/Anti-HAS/Estatina/Hipoglicemiante
39	F	HAS	AAS/Anti-HAS
40	M	Nenhuma	Nenhuma

Fonte: Sistema GESTÃO, 2010

4 DISCUSSÃO

Os BDZ estão entre as drogas mais prescritas no mundo (OMS, 1983). Através das publicações e estudos já realizados, não se pode definir claramente uma situação de epidemia no uso e abuso dessa classe medicamentosa, mas podemos dizer que há um consumo exagerado entre os serviços de saúde (HORTA *et al.*, 1994; SOARES *et al.*, 1991; WORTMANN *et al.*, 1994). Sendo assim, as questões que envolvem a política desses medicamentos, tais como a aquisição, distribuição, legislação e controle de qualidade, além da relação com a indústria farmacêutica, acesso e equidade, vêm assumindo uma maior proporção a cada dia. Sem contar a ampla margem de segurança oferecida e divulgada inicialmente, que também contribuiu significativamente para o uso prolongado dos BDZ (ALMEIDA, 1997; MUNIZ, 1996).

Atualmente, sabe-se que os BDZ representam 85% das vendas de psicotrópicos, detendo aproximadamente 5,8% do mercado mundial e 3,8% do mercado brasileiro de medicamentos, segundo a OMS (2001). Além disso, estudos sobre a prescrição de medicamentos apontam que ela ocorre em cerca de 80% das consultas médicas em atenção primária à saúde. Igualmente, há evidências de que quanto maior o número de prescrições, menor é a porcentagem de medicamentos adequados (BÉRIA, 2004).

Em virtude da escassez de dados atualizados sobre a prescrição de BDZ em nosso país, aliado à grande demanda por esses medicamentos vivenciada pela ESF do Centro de Saúde Minas Caixa, também observada durante o diagnóstico situacional, despertou-se o interesse de levantarmos os dados referentes às características e fatores associados ao uso de BDZ dentre os pacientes idosos, que estão sob maior risco de desenvolverem complicações relacionadas a esses medicamentos.

A freqüência da população de idosos observada em nosso estudo se compara a outros estudos já publicados na literatura médica (OMS, 1983; ZANDSTRA *et al.*, 2002; MARI *et al.*, 1993). Apesar disso, é importante salientar que estudos de prescrições, como este que foi realizado, tendem a subestimar a real utilização dessas drogas pela comunidade, por diversos motivos, como o sub-registro no Sistema GESTÃO utilizado. Lembrando que a falta de registro adequado

pode ser decorrente do aumento da demanda dos serviços de saúde, enquanto os recursos alocados à medicina ambulatorial são insuficientes para atender esse aumento da demanda. Em decorrência disto, a relação médico-paciente torna-se muito frágil e distante, as consultas ficam muito curtas e o papel do médico no processo diagnóstico e terapêutico, muito vago, distante e descompromissado. Além disso, o sub-registro de prescrição também deve ser levado em conta, já que inúmeras vezes a busca dessas medicações não é o motivo principal da consulta e acaba não acontecendo o registro no prontuário. Além das prescrições feitas de “corredor”, ou seja, pressionado pelo grande número de atendimentos, o médico utiliza-se da prescrição como forma mais simples de encerrar uma consulta.

Baseando-se nisso, Béria (2004) sugeriu que talvez a melhor medida direta disponível para avaliar a qualidade do trabalho médico em atenção primária seja a quantidade de prescrição de medicamentos.

Em relação ao predomínio de mulheres idosas como usuárias de BDZ, parece não haver nenhuma discordância em vários trabalhos já publicados na literatura (HERRERA *et al.*, 2002; HORTA *et al.*, 1994; MARI *et al.*, 1993; WORTMANN *et al.*, 1994; TANCREDI, 1986). Alguns autores têm demonstrado que as mulheres são mais perceptivas em relação à sintomatologia das doenças, além de procurarem mais precocemente ajuda, sendo menos resistentes ao uso de medicamentos em relação aos homens. Além disso, podemos dizer que há uma maior prevalência de transtornos mentais entre as mulheres e estas comparecem mais aos centros de saúde em relação aos homens (HUF *et al.*, 2000).

O uso de BDZ entre os idosos, parece estar ligado com a maior possibilidade de aparecimento de diversos problemas de saúde, entre os quais aqueles em que se utilizam psicofármacos como terapia principal ou como coadjuvantes (HUF *et al.*, 2000). Entre os motivos para a prescrição inicial de BDZ, as indicações foram compatíveis às descritas na literatura, sendo ansiedade e insônia as condições principais de aplicação clínica dos BDZ na psiquiatria e na prática clínica geral (ALOÉ *et al.*, 2002; KAPLAN *et al.*, 1997; LADER, 1999).

A ansiedade é uma manifestação normal do ser humano, podendo fazer parte do processo adaptativo da pessoa ou um problema de saúde importante, quando este estado emocional traz prejuízos funcionais, comprometendo o bem-estar. Os transtornos de ansiedade possuem enorme importância para os médicos

de família, sendo uma das condições mais comuns que se apresentam na atenção primária, segundo Del Porto (2000). No entanto, as recomendações do uso de BDZ não são para a ansiedade crônica e sintomatologia que não comprometa muito as atividades diárias dos pacientes, sendo reservados para casos agudos, em um curto período de tempo definido. De forma geral, podemos dizer que as drogas para tratamento em médio/longo prazo de transtornos ansiosos, sobretudo em idosos, devem ser antidepressivos.

A insônia, por sua vez, é um problema de saúde pública, que afeta cerca de 16 a 40% da população, sendo os BDZ os medicamentos mais utilizados (PAPROCKI, 1990; LADER, 1999). No entanto, as recomendações são mais uma vez de uso por curto período, sendo o fármaco zolpidem uma alternativa de uso e eficácia comparável (SILVA; LOPES, 2001).

Segundo Almeida (1997), o uso abusivo de benzodiazepínicos é uma questão de diagnóstico, uma vez que síndromes depressivas leves, tão frequentes em unidades primárias, traduzindo-se em inúmeras queixas somáticas, podem estar sendo diagnosticadas como síndromes ansiosas. Além disso, os BDZ são considerados medicamentos relativamente seguros e que oferecem menos problemas do que os demais psicofármacos, inclusive os antidepressivos. Este fato pode fazer com que um clínico sintasse-se seguro o suficiente para decidir incorporar os BDZ em seu arsenal terapêutico, mas não outros psicofármacos.

Não houve referências na literatura quanto a outras indicações de BDZ como cefaléia e fibromialgia que apareceram neste estudo.

Em concordância com a literatura, o fármaco mais prescrito foi o diazepam, já que este foi um dos primeiros psicotrópicos que surgiram em nosso país, e têm permanecido na preferência dos médicos, pelo baixo custo e fornecimento gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar disso, há recomendações contrárias, em que se tem descrito a preferência por fármacos de meia-vida mais curta que não geram efeitos residuais significativos e que tem menor risco de interações medicamentosas. O lorazepam, também disponível na rede pública, tem mostrado melhor efetividade no tratamento e uma melhor segurança farmacológica em relação ao clonazepam e ao diazepam, que foram os mais utilizados (KAPLAN *et al.*, 1997).

O predomínio de prescrições iniciais feitas por um médico clínico foi apontado no estudo, em acordo com demais trabalhos já publicados, conforme Gualleguillos *et al.* (2003), em que 74,5% das prescrições de benzodiazepínicos são realizadas por um clínico, sendo apenas 12,8% por psiquiatras. Segundo Tancredi (1986), o predomínio de clínicos como prescritores conduz ao uso indiscriminado desses medicamentos devido à falta de preparo para lidar com problemas psicológicos e existenciais, cedendo ao impulso de prescrever os tranqüilizantes, muitas vezes subestimando a capacidade dos indivíduos em reagir às adversidades comuns aos processos vitais. Além da deteriorização da relação médico-paciente que ocorre nos sistemas de medicina de massa, reduzindo as oportunidades do paciente em expressar a origem da sua ansiedade e a disponibilidade do médico em buscar a solução adequada. Além disso, podemos apontar também a preocupação com a formação oferecida pela maioria dos cursos médicos, onde os conhecimentos de psicofarmacologia ministrados durante o período de graduação não são suficientes para a tarefa de diagnosticar e tratar os transtornos mentais tão prevalentes. Sendo assim, devemos por fim considerar também que a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) data de 1994, recente, em contraste com o antigo sistema de saúde, onde a assistência era basicamente imediata e aguda, sendo frequentes consultas pontuais com clínicos. Data desse período a introdução dos BDZ daqueles idosos que fazem uso há mais de uma década.

Podemos colocar hoje a Medicina de Família e Comunidade como a principal perspectiva de mudança da atual situação, uma vez que essa representa o local integral dos cuidados à saúde do paciente, ao longo do tempo, principalmente no que diz respeito à multicausalidade dos agravos e ao trabalho multidisciplinar. Isso leva em consideração o paciente não como pessoa isolada, mas inserido dentro de um contexto familiar e ambiental, enfrentando-se o processo de saúde e doença em sua real complexidade. Acrescenta-se a isso o Programa de Educação Permanente (PEP), visando à formação e atualização dos médicos de família e comunidade inseridos no contexto da atenção primária. Dessa forma, cria-se um cenário privilegiado para a implementação de mudanças significativas das práticas e saberes da área de saúde mental, visto que estudos evidenciam que o aconselhamento breve dos médicos gerais é tão efetivo quanto ao uso de tranqüilizantes em transtornos mentais leves (BÉRIA, 2004).

De acordo com os dados desse estudo, percebemos que a maioria dos idosos hoje usuários de BDZ tiveram uma prescrição inicial feita por um clínico geral ou psiquiatra há longa data e que essa é mantida pelo médico de família que encontra bastante dificuldade na retirada da medicação. Entendemos que a melhor formação profissional através da educação permanente e o trabalho interdisciplinar com a Equipe de Saúde Mental e outros profissionais de apoio como o NASF (núcleo de apoio à saúde da família), são pilares essenciais para mudanças no abuso indiscriminado de psicotrópicos.

Mais da metade dos pacientes desse estudo faziam uso prolongado de BDZ. Segundo Béria (2004), o uso prolongado de BDZ ou seu abuso causam sérias consequências ao organismo. Ocasionalmente ocasiona o aumento da dose efetiva ao longo do tempo, dificuldade de interrupção do tratamento, e aparecimento de sintomas de abstinência, muitas vezes confundidos com o reaparecimento dos sintomas de ansiedade. Além disso, as pesquisas indicam que metade dos pacientes que interrompem o tratamento reiniciam o uso após cerca de um ano (HUF *et al.*, 2000).

Em relatório sobre a saúde mental em 2001, a OMS considerou que o consumo dessas substâncias, independente do “status legal”, é potencialmente danoso à saúde, e afirma que o conhecimento dos fatores que influenciam o início e a continuação do uso ainda é incompleto, sobretudo em idosos. O que preconiza a literatura é que o tratamento deve ser iniciado em baixa dosagem, e o paciente instruído do potencial de abuso do medicamento. A extensão aproximada da terapia deve ser decidida no início do tratamento, e a necessidade de continuar a terapia deve ser realizada periodicamente, em razão dos problemas associados com seu uso em longo prazo.

Apesar da legislação, aplicada inicialmente em 1974, e reformulada pela Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos do Ministério da Saúde (DIMED) em 1984, quando se instituiu a notificação da receita como uma tentativa de moralizar a prescrição e dispensação do fármaco, já em virtude da ocorrência de seu uso inapropriado e indiscriminado nesse período, observou-se que tal medida adotada não vem cumprindo tão eficazmente ao que se propôs.

Através desse estudo, podemos perceber o uso controverso de BDZ por pacientes idosos que, na maioria das vezes o faz de maneira prolongada, sem critério ou indicação clara. Além disso, geralmente são utilizados fármacos

inapropriados com longo efeito de ação e maior chance de provocarem efeitos adversos. Percebe-se uma falta de política pública eficaz para o controle do problema, uma vez que a autoridade sanitária responsável não inclui em seus sistemas de vigilância um setor responsável pela coleta sistemática de dados e volumes de venda desses medicamentos.

O problema ainda se torna maior quando nos deparamos com a grande quantidade de idosos polimedicados, com demais co-morbidades, que aumentam consideravelmente os riscos de efeitos adversos e tolerância ao uso de BDZ. Surge uma questão realmente de saúde pública, em que deve haver atuação das autoridades competentes, para que essa situação possa ser modificada. Sendo assim, como porta de entrada do SUS e eixo gerenciador de toda a assistência, a atenção primária à saúde deve atuar decisivamente no âmbito dessa questão. Seja através de pesquisas como esta, ou por meio da educação permanente e abordagem multidisciplinar.

Assim, torna-se estritamente necessário mais que modificações na fiscalização e controle dos BDZ, mas sugerem-se programas de educação médica permanente que consigam conscientizar os profissionais de saúde, fazendo com que esses funcionem como vetores numa utilização mais racional dessas drogas, evitando com que nossos idosos sejam prejudicados com prescrições iatrogênicas e permitindo o uso de medicamentos mais adequados, para que o enfoque seja dado desde a primeira prescrição e tratamento para que não nos deparemos com a atual situação de risco destacada neste estudo. Ainda, não podemos nos esquecer nunca das intervenções não-farmacológicas, tão fundamentais e destacadas na medicina de família e comunidade, como forma de atuação, sobretudo frente aos agravos esperados e reacionais da vida.

5 CONCLUSÃO:

O uso de BDZ por pacientes idosos continua sendo um problema comum enfrentado pelas equipes de atenção primária à saúde. Estudos vêm demonstrando que o sexo feminino, a baixa renda e escolaridade, a idade avançada, além de sintomas somáticos mal definidos relacionados a transtornos mentais são fatores de riscos para o uso prolongado desses psicotrópicos entre os idosos. Fatores esses também encontrados pela ESF do Centro de Saúde Minas Caixa.

Apesar de recomendações contrárias da literatura médica, fármacos de longa duração são mais utilizados, principalmente o diazepam e o clonazepam, talvez pela maior acessibilidade dos mesmos nas farmácias básicas da atenção primária e pelo não conhecimento adequado de outros medicamentos, diminuindo a segurança da prescrição para o médico.

Os BDZ continuam sendo utilizados em longo prazo pelos idosos, ainda não caracterizando uma situação de abuso, mas nos chamando a atenção para os riscos de complicações decorrentes desse uso prolongado, como interações medicamentosas, instabilidades posturais, riscos de quedas, déficits cognitivos, dentre outros. Observou-se no estudo uma prevalência de uso semelhantes a demais estudos já publicados.

Na maioria das vezes, o fármaco é iniciado por um clínico geral ou psiquiatra há longa data e após é mantido pelo médico de família e comunidade, que encontra grande insucesso nas tentativas de retirada do medicamento.

O uso simultâneo de BDZ e duas ou mais medicações teve uma alta prevalência, inclusive em idosos portadores de demais co-morbidades, o que merece atenção especial como um grave problema de saúde pública.

Cabe às ESF realizarem uma análise semelhante de seus pacientes idosos usuários de BDZ para que possamos detectar todos os fatores e características seguramente relacionados ao uso desses medicamentos e, a partir de então, adotarmos planos de ação com medidas mais efetivas de enfrentamento do problema e evitarmos situações iniciais que possam culminar com o uso inadequado dos BDZ, principalmente entre os pacientes idosos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O.P. Aspectos gerais de psiquiatria em idosos. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

ALOÉ F. *et al.* Benzodiazepínicos no tratamento das insônias. **Revista Médica Brasileira**, v.59: p.376-389, 2002.

BAUM C. *et al.* Drug use in the United States in 1981. **JAMA**, v.25: p.1293-1297, 1984.

BÉRIA, J.U. Prescrição de medicamentos. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BERSTEIN L. *et al.* Characterization of the use and misuse of medications by elderly ambulatory population. **Medical Care**, v.27: p.654-663, 1989.

BOTTINO, C.M.C.; CASTILHO, A.R.G.L. Terapêutica com benzodiazepínicos em populações especiais: idosos, crianças, adolescentes e gestantes. In: **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência**. São Paulo: Artmed, 1999.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**, 2005.

COUTINHO, E.S.F.; SILVA, S.D. Uso de Medicamentos como fator de risco de fratura grave decorrente de queda em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13: p.1359-1366, 2002.

DEL PORTO, J.A. Como diagnosticar e tratar ansiedade. **Revista Médica Brasileira**, v.57: p.65-76, 2000.

GALDURÓZ J.C. *et al.* Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.13: p.888-895, 2005.

GALLEGUILLOS, T.U. *et al.* Tendencia Del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. **Rev Med Chile**, v.131: p.535-540, 2003.

HARDMAN J.G. *et al.* **Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics**. New York: Mc Graw Hill, 2001.

HERRERA, L.S. *et al.* Utilización de benzodiazepinas en la Atención Primaria de Salud. **Revista Cubana de Medicina Geral Integrada**, v.18: p.864-878, 2002.

HORTA, B.L. *et al.* Benzodiazepínicos: estudo de prescrição em um posto de atenção primária à saúde. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.40: p.262-264, 1994.

HUF, G. *et al.* O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16: p.351-362, 2000.

KAN C.C. *et al.* Determination of the main risk factors for benzodiazepine dependence using a multivariate and multidimensional approach. **Compr Psychiatry**, v.45: p.88-94, 2004.

KAPCZINSKI F. *et al.* Use and misuse of benzodiazepine in Brazil: a review. **Use Misuse**, v.36: p.1053-1069, 2001.

KAPLAN H.I. *et al.* Terapias biológicas. **Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

KARNIOL, I.G. *et al.* Uso e abuso de benzodiazepínicos no Brasil. **Revista ABP-APAL**, v.8: p.30-35, 1986.

LADER, M.H. Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified? **Eur Neuropsychopharmacol**, v.9: p.399-405, 1999.

LANDI, F. *et al.* Psychotropic medications and risk falls among community-dwelling frail older people: an observatory study. **Journal of Gerontology**, v.60: p.622-626, 2005.

LOPES, C.S., *et al.* Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19: p.253-257, 2003.

LUKOFF D. *et al.* Manual for the expanded Brief Psychiatric Rating Scale. **Schizophrenia Bulletin**, v.12: p.594-602, 1986.

MARI, J.J. *et al.* The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. **Psychol Med**, v.23: p.467-474, 1993.

MARVIN, S. *et al.* Benzodiazepine Anti-anxiety Agents: Prevalence and Correlates of Use in a Southern Community. **American Journal of Public Health**, v.81: p.592-596, 2009.

MUNIZ, M. Ópio da terceira idade. **Ciência Hoje** v.16: p.62-70, 1996.

NORDON, D. *et al.* Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31: p.152-158, 2009.

OLIVEIRA, M.V. Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud Del problema y orientaciones para el manejo integral. **Revista Chilena Neuropsiquiatria**, v.47: p.132-127, 2009.

OMS (Organização Mundial de Saúde) – Grupo de Revisão. Use and abuse of benzodiazepines. **Bull World Health Org**, v.61: p.551-562, 1983.

OMS (Organização Mundial de Saúde) – Saúde mental: nova concepção, nova esperança. **Relatório sobre a saúde no mundo**. Genebra: OMS, 2001.

ORLANDI, P., NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chaves no Estado de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.13: p.892-902, 2005.

PAPROCKI, J. O emprego de ansiolíticos benzodiazepínicos pelo clínico geral e por especialistas não psiquiatras. **Revista ABP-APAL**, v.64: p.305-312, 1990.

RODRIGO, E.K. *et al.* Health of long term benzodiazepine users. **British Medical Journal**, v.296: p.603-606, 1998.

ROZENFELD, S., *et al.* Medication as a risk factor for falls in older women in Brazil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v.13: p.369-375, 2003.

SABIN, C. Tipos de pesquisa aplicados à prática clínica. **Estatística Médica**. São Paulo: Roca, 2004.

SALZMAN, C. Benzodiazepine dependence, toxicity, and abuse: a task force report of the American Psychiatric Association. **American Psychiatric Press**, 1990.

SIMON G.E., *et al.* Predictors of chronic benzodiazepine use in a health maintenance organization sample. **Journal Clinical Epidemiology**, v.49, p.1067-1073, 1996.

SILVA, A.B., LOPES, E.A. Como diagnosticar e tratar ansiedade. **RBM**, v.58: p.225-235, 2001.

SOARES, C.N. *et al.* Perfil de uso e abuso de benzodiazepínicos em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.40: p.191-98, 1991.

TANCREDI, F.B. Consumo de medicamentos benzodiazepínicos no Brasil – 1970 a1985: análise comparativa de tendências [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1986.

WORTMANN, A.C. *et al.* Consumo de benzodiazepínicos em Porto Alegre. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.40: p.265-270, 1994.

ZANDSTRA, S.M. *et al.* Different study criteria affect the prevalence of benzodiazepine use. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v.37: p.139-44, 2002.

APÊNDICE A: CARACTERIZAÇÃO DA ESF DO CENTRO DE SAÚDE MINAS CAIXA

Número total de indivíduos: 3786 pessoas

Total de famílias cadastradas: 1400 famílias

Idosos maiores de 60 anos: 472 idosos

Crianças de 0 a 5 anos: 180 crianças

Acamados: 31 acamados

Gestantes: 15 gestantes

Diabéticos: 132 diabéticos

Hipertensos: 402 hipertensos

Com cerca de 09 anos de funcionamento, a equipe abrange 28 ruas e uma praça, das quais algumas são planas e outras acidentadas, sendo todas asfaltadas e com infra-estrutura de escoamento de rede de esgoto. Os usuários estão em uma área de médio e elevado risco social e cerca de 16% possuem alguma tipo de convênio de saúde complementar.

ANEXO A – UMA BREVE CONSIDERAÇÃO SOBRE OS IDOSOS

Os idosos são hoje 14,5 milhões de pessoas, 8,6% da população total do País, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base no Censo 2000. O instituto considera idosos as pessoas com 60 anos ou mais, mesmo limite de idade considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para os países em desenvolvimento. Em uma década, o número de idosos no Brasil cresceu 17%, em 1991, ele correspondia a 7,3% da população.

O envelhecimento da população brasileira é reflexo do aumento da expectativa de vida, devido ao avanço no campo da saúde e à redução da taxa de natalidade. Prova disso é a participação dos idosos com 75 anos ou mais no total da população - em 1991, eles eram 2,4 milhões (1,6%) e, em 2000, 3,6 milhões (2,1%).

A população brasileira vive, hoje, em média, de 68,6 anos, 2,5 anos a mais do que no início da década de 90. Estima-se que em 2020 a população com mais de 60 anos no País deva chegar a 30 milhões de pessoas (13% do total), e a esperança de vida, a 70,3 anos.

O quadro é um retrato do que acontece com os países como o Brasil, que está envelhecendo ainda na fase do desenvolvimento. Já os países desenvolvidos tiveram um período maior, cerca de cem anos, para se adaptar. A geriatra Andrea Prates, do Centro Internacional para o Envelhecimento Saudável, prevê que, nas próximas décadas, três quartos da população idosa do mundo esteja nos países em desenvolvimento.

A importância dos idosos para o País não se resume à sua crescente participação no total da população. Boa parte dos idosos hoje são chefes de família e nessas famílias a renda média é superior àquelas chefiadas por adultos não-idosos. Segundo o Censo 2000, 62,4% dos idosos e 37,6% das idosas são chefes de família, somando 8,9 milhões de pessoas. Além disso, 54,5% dos idosos chefes de família vivem com os seus filhos e os sustentam.

Pela legislação brasileira, são considerados idosos todos aqueles maiores de 60 anos de idade. O idoso não é velho, mas sim uma pessoa vivida, com muita sabedoria e inteligência para lidar com os problemas do dia-a-dia.

No Brasil existe atualmente o Estatuto do Idoso, aprovado pela Comissão Diretora do Senado Federal em 23 de Setembro de 2003. O estatuto foi criado para assegurar os direitos destas pessoas que ao longo de suas vidas construíram e melhoraram nossa sociedade para que hoje possamos desfrutar dos avanços conquistados.

O conceito de identidade é demasiadamente complexo. Na verdade, a identidade é relacional, ou seja, a identidade se constrói e reconstrói naquelas identidades já existentes, por isso elas são abertas a mudanças. Elas se formam a partir de três questões principais: a escolha de uma ocupação; a adoção de valores os quais acreditar e viver; e o desenvolvimento de uma identidade sexual satisfatória.

No começo do século XXI, com a crescente globalização, as tecnologias disponíveis à população, possibilitaram melhor qualidade de vida para as pessoas de modo que essas foram envelhecendo de maneira mais segura e saudável. No âmbito de alcançar a velhice bem sucedida, as pessoas freqüentemente planejam novas ocupações para suas vidas pós-aposentadoria. Essa nova busca proporciona uma transição para uma identidade diferente daquelas visadas há alguns anos atrás.

Preconceitos sobre o envelhecimento

São vários os problemas econômicos e sociais que envolvem os campos da saúde, mercado de trabalho e educacional. Dentre todos esses problemas, a questão do idoso brasileiro é de difícil solução, o qual vem sendo um grande desafio.

O envelhecimento pode ser entendido como um processo múltiplo e complexo de contínuas mudanças ao longo do curso da vida, influenciado pela integração de fatores sociais e comportamentais. A idéia pré-concebida sobre a velhice aponta para uma etapa da vida que pode ser caracterizada, entre outros aspectos, pela decadência física e ausência de papéis sociais.

Cada vez o brasileiro está vivendo mais, pois hoje, no país, os idosos ultrapassam o número de 15 milhões, correspondendo a 8,6% da população total do país. Segundo projeções demográficas, iremos ser a sexta população mundial de idosos, e isso é alentador.

Muitas vezes o idoso é visto pela sociedade como um indivíduo “inútil” e “fraco” para compor a força de trabalho, que por valores sociais impedem a participação do mesmo em vários cenários da sociedade.

De acordo com Mercadante (1996), na nossa sociedade, ser velho significa na maioria das vezes estar excluído de vários lugares sociais. Um desses lugares densamente valorizado é aquele relativo ao mundo produtivo, o mundo do trabalho.

A nova imagem do idoso

A imagem que possuímos dos idosos vem mudando devido ao avanço das tecnologias na área da saúde proporcionando uma elevação da expectativa de vida, o “novo idoso” é influenciado por hábitos saudáveis. Não é apenas com a saúde física que o idoso do século XXI está mais cuidadoso. Ciente de que o corpo e a mente estão muito associados, eles buscam manter ambos em atividade, como voltar a estudar, fazer cursos de informática, hidroginástica, teatro, jardinagem, etc.

Os chamados “programas para a Terceira Idade”, oferecem diferentes propostas para o lazer e ocupação do tempo livre, são espaços nos quais o convívio e a interação com e entre os idosos permitem a construção de laços simbólicos de identificação, e onde é possível partilhar e negociar os significados da velhice, construindo novos modelos, paradigmas de envelhecimento e construção de novas identidades sociais.

Mercadante (1996) afirma ainda que, (...) a identidade de idosos se constrói pela contraposição a identidades de jovens, como conseqüências, se têm também a contraposição das qualidades: atividade, força, memória, beleza, potência e produtividade como características típicas e geralmente imputadas aos jovens e as qualidades opostas a esta última, presentes nos idosos.

Sabedoria do idoso

O idoso é a fonte de sabedoria mais próxima de qualquer ser humano, com sua grande experiência de vida profissional, social, emocional, psicológica, comportamental possibilita aos mais jovens oportunidades de compartilhamento de saber com um nível considerável de qualidade de informação.

A sabedoria do idoso foi adquirida ao longo de sua vida, passando por diversos

momentos da vida onde os mais jovens não tiveram a oportunidade de viver até o momento, possibilitando orientar os mais jovens da melhor forma possível para que suas decisões possam ter um nível considerável de acerto, o idoso sempre está aberto a compartilhar informações de qualidade quando solicitado pelos mais jovens com grande entusiasmo.

Os direitos do idoso

Idosos em Poá-SP, com o Cartão do Idoso, fornecido de acordo com o Estatuto do Idoso. Conforme o Estatuto do idoso, que entrou em vigor no dia primeiro de outubro de dois mil e três:

Art. 10 § 2º O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetivos pessoais.

Os direitos do idoso são garantidos por lei federal e cabe a cada um de nós também poder dar sua contribuição, incentivando-os e apoiando-os sem qualquer distinção deste.

Fonte:

<<http://br.answers.yahoo.com/question/index?qid=20080505081507AA810AA>>