



Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP

Cruz, A.V.¹; Fulone, I.¹; Alcalá, M.¹; Fernandes, A.A.¹; Montebelo, M.I.²; Lopes, L.C.^{1,3}

¹Universidade Metodista de Piracicaba, UNIMEP, Piracicaba, SP, Brasil.

²Departamento de Bioestatística, Universidade Metodista de Piracicaba, UNIMEP, Piracicaba, SP, Brasil.

³Curso de Farmácia, Universidade de Sorocaba, UNISO, Sorocaba, SP, Brasil.

Recebido 29/11/06 / Aceito 05/04/07

RESUMO

Propôs-se caracterizar o perfil de utilização do diazepam na população idosa (60 anos ou mais) usuária crônica, atendida no serviço de atenção primária de Tatuí-SP e estabelecer uma relação entre uso crônico, efeitos adversos, dependência e as recomendações preconizadas na literatura científica. Desenvolveu-se um estudo observacional, transversal, através de entrevistas semi-estruturadas aplicadas em 70 idosos. Trata-se de uma amostra não probabilística, por tipicidade, de caráter voluntário. A amostra selecionada era composta por: 77,1% mulheres e 22,9% homens, sendo, 37,1% casados, 44,2% viúvos, 92,8% de baixa escolaridade, 94,2% aposentados e 91,4% portadores de doenças crônicas. O diagnóstico referido, que justificou a prescrição inicial em dose de 10mg/dia foi a ansiedade e a insônia (92,8%). Em 90% dos pacientes a orientação médica foi seguida, sem interrupção, por um tempo mediano de 60 meses com um mínimo de seis e máximo de 360 meses. Os possíveis efeitos adversos foram: tontura, dores articulares, angústia e depressão. Aqueles que tentaram não utilizar o medicamento (97,14%) relataram insônia, ansiedade e irritabilidade. Os dados deste estudo, sugerem que a dose padronizada pela rede pública de 10mg e o tempo de utilização não propicia uma prática consistente de elevação do bem estar desses usuários, visto que a maioria relatou efeitos adversos e síndrome de abstinência na ausência do medicamento; tornando-se conveniente uma cuidadosa monitorização clínica e uma orientação quanto à redução gradativa da dose.

Palavras-chave: idosos; benzodiazepínicos; diazepam; uso crônico.

INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos (BZD) são fármacos com atividade hipnótica e ansiolítica cuja utilização iniciou-se na década de 1960. Na época, apresentavam inúmeras vantagens sobre os barbitúricos, até então utilizados para estas finalidades, os quais possuíam muitos efeitos adversos.

Comparados a estes últimos, apresentavam baixos riscos de intoxicação e dependência, fatores estes que propiciaram rápida aceitação pela classe médica (Bernik, 1999). Entre os diversos derivados BZD, o diazepam destaca-se com 34 milhões de prescrições já no ano de 1991 (Soares et al., 1991).

O uso indiscriminado e excessivo desses fármacos pode expor os pacientes a efeitos adversos desnecessários e interações medicamentosas potencialmente perigosas.

Idosos, assim consideradas as pessoas com 60 anos de idade ou mais (Ministério da Saúde, 1999), são particularmente vulneráveis aos efeitos adversos de medicamentos, sendo justamente os indivíduos que mais os consomem (Almeida et al., 1999). Mais de 80% de idosos tomam no mínimo um medicamento diariamente, o que aumenta os riscos de uso inapropriado aumentando os casos de iatrogenia medicamentosa (Teixeira & Lefevre, 2001).

O processo de envelhecimento da população brasileira é acompanhado pelo aumento de doenças neurológicas e psiquiátricas, quando se verifica escassez de estudos que avaliam o uso racional de medicamentos pelos mesmos. Torna-se, muitas vezes, uma tarefa angustiante determinar qual a melhor abordagem para o idoso, ainda mais se considerar que o uso de BZD é muito freqüente em tais pacientes tanto na comunidade como em instituições geriátricas e varia de 21,3% a 62,2% (Garrido & Menezes, 2002).

Alguns estudos de revisão sistemática, realizados ao final da década de 90, avaliaram o uso de BZD em idosos e o aparecimento de efeitos adversos. Grad (1995) observou uma associação entre o uso de BZD e fraturas e quedas em uma população idosa de 169 voluntários com estimativa de risco de 1,8; 95% CI 0,9 para 3,60. Dados de três estudos observacionais sugeriram uma associação cerca de duas vezes mais de riscos de fraturas com o uso de BZD de longa duração do que com os de curta duração (Sorock & Shimkin, 1988; Ray et al., 1987; Cumming et al., 1995).

Além disso, a Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1990) concluiu que a idade avançada e o uso de BZD 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, reforçando os estudos anteriores. Revisões sistemáticas

*Autor correspondente: Luciane Cruz Lopes - Departamento de Farmacologia Clínica - Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP - Rodovia do Açúcar, Km 156 - Campus Taquaral - CEP: 13400-901 - Piracicaba - SP, Brasil - Telefone: (19) 3124-1515 - Celular: (15) 9781-0936 - E-mail: luslopes@terra.com.br

atuais, apontam os BZD no tratamento da insônia e ansiedade, como os fármacos cujos benefícios são inferiores aos riscos quando utilizados, principalmente por mais de um mês (Dunne & Montgomery, 2006).

Apesar das recomendações contra o uso prolongado de BZD por idosos, principalmente aqueles de meia-vida longa ($t_{1/2} > 24$ horas) como o diazepam (Bernik, 1999), as pesquisas indicam que o uso desses medicamentos, aumenta com a idade. Huf et al. (2000) verificaram que o cenário da prática do uso de BZD, difere bastante das recomendações internacionalmente aceitas.

O diazepam é o único BZD padronizado pelo Programa de Assistência Farmacêutica Dose Certa (Programa Estadual de Assistência Farmacêutica, elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde-SP, visando proporcionar tratamento aos problemas passíveis de atendimento em nível primário) e, no entanto, o único utilizado em nível primário, pela rede pública de Saúde de Tatuí-SP. O que se percebe é um elevado consumo, detectado pela distribuição mensal desse medicamento.

Considerando as implicações de uso dos BZD relatadas anteriormente, este trabalho pretende caracterizar o perfil de utilização do diazepam em uma população idosa, usuária crônica, e avaliar a incidência de efeitos adversos relacionados a este uso, bem como sua dependência e as relações com as recomendações preconizadas pela literatura científica.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo e local do estudo

Desenvolveu-se um estudo observacional, transversal em uma farmácia da rede pública de Tatuí, cidade do interior de São Paulo com 93.430 habitantes, sendo 9,52% da população com mais de 60 anos (IBGE, 2006).

A farmácia situa-se na Unidade Básica de Saúde central - "Dr. Aniz Boneder", atende pacientes das demais 11 unidades básicas da cidade, distribuídas nos diversos bairros, além de pacientes do Pronto Socorro, Saúde Mental, Centro de Especialidades Médicas, o qual oferece atendimento na área de angiologia, ortopedia, oftalmologia, cardiologia, otorrinolaringologia, urologia, fisioterapia, reumatologia, infectologia, geriatria, psiquiatria, gastroenterologia, pneumologia, dermatologia, endocrinologia.

A distribuição de fármacos psicoativos é centralizada, isto é, a Farmácia da Unidade Básica de Saúde central - "Dr. Aniz Boneder", é a única a dispensar diazepam, não sendo, portanto, consideradas nessa pesquisa as Farmácias das demais Unidades Básicas de Saúde.

Amostra

Trata-se de uma amostra não probabilística, por tipicidade, de caráter voluntário, onde 70 pacientes foram

entrevistados e seis, recusaram-se a participar da pesquisa, realizada no período de março a julho de 2004.

O estudo foi realizado após autorização concedida pela Secretaria de Saúde do Município e aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Sorocaba - SP.

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário pré-testado, com perguntas abertas e fechadas. As entrevistas foram realizadas no ato da dispensação do medicamento diazepam pela farmacêutica responsável e suas auxiliares, mediante esclarecimento e assinatura do termo de consentimento (Ministério da Saúde, 1996).

A caracterização da amostra, incluiu a análise das seguintes variáveis: gênero, idade, profissão, escolaridade, situação matrimonial, frequência de doenças crônicas, prática de atividade física, uso de tabaco e álcool, quantidade de medicamentos utilizados diariamente e sua classificação farmacológica segundo ATC (classificação química, terapêutica e anatômica). O padrão de uso do diazepam foi descrito através do diagnóstico referido pelo paciente, da dose prescrita, dose tomada, do aumento da dose, adesão terapêutica, posologia, especialidade prescritora, efeitos adversos e sintomas relatados na ausência do medicamento. Avaliou-se também as interações medicamentosas com outros depressores do sistema nervoso central e com os demais medicamentos distribuídos na rede pública incluídos no programa "dose certa".

Os 70 pacientes idosos entrevistados foram na maioria do gênero feminino (77,1%), casados (37,1%), viúvos (44,2%), possuíam baixa escolaridade (92,8%), aposentados (94,2%) e apresentavam idade entre 60 e 75 anos (88,5%).

Cerca de 90% dos entrevistados eram portadores de doenças crônicas, destacando-se entre elas a hipertensão arterial (74,2%), diabetes mellitus (25,7%) e insuficiência cardíaca congestiva (20%). Além disso, não referiram fazer uso de bebidas alcoólicas (98,5%) e tabaco (87,1%) e 58,5% declaram não ser adeptos a atividade física.

A média da quantidade de uso de medicamentos utilizados pelos idosos foi de cinco medicamentos/dia, apresentando uma variação de um a 11 medicamentos, sendo os anti-hipertensivos (74,2%) os mais utilizados.

Análise estatística

Os dados obtidos foram analisados estatisticamente utilizando-se dos testes de qui-quadrado e exato de Fisher. O teste qui-quadrado foi usado para verificar a associação entre o uso de diazepam e a ocorrência de possíveis efeitos adversos, assim como uso crônico e sintomas relatados na síndrome de abstinência do medicamento. O teste exato de Fisher foi usado para investigar o sinergismo dos efeitos adversos naqueles usuários que utilizavam diazepam, juntamente com outros fármacos depressores do sistema nervoso central ou que faziam uso de outros medicamentos incluídos no programa "dose certa", os quais representavam interações potencialmente negativas. Os medicamentos

utilizados pelos entrevistados que não faziam parte do programa "dose certa", não foram considerados, exceto os depressores do sistema nervoso central. Os valores foram considerados significativos para $p < 0,05$.

RESULTADOS

Características gerais da população amostral

A população estudada foi composta por idosos com 60 anos ou mais, de ambos os gêneros, e que faziam uso do fármaco diazepam, diariamente, há pelo menos seis meses, período esse, considerado de risco para o aumento da toxicidade, déficit cognitivo, desenvolvimento de dependência e ainda aumento de taxas de acidentes, quedas e fraturas entre idosos, segundo a Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1990).

A Tabela 1 mostra as características de uso do diazepam dos pacientes idosos entrevistados.

Além da dose de 10 mg/dia, as demais posologias encontradas foram de 5mg/dia (8,57%) e 20 mg/dia (10%), dose essa que ultrapassa as recomendações de uso para esta faixa etária.

Pôde-se observar que o tempo mediano de utilização de diazepam pelos pacientes idosos entrevistados foi de 60 meses, sendo o tempo mínimo de seis meses e o máximo de 360 meses.

A Tabela 2 mostra o período de tempo de uso do medicamento relatado pelos entrevistados.

A Tabela 3 mostra as especialidades médicas que prescreveram diazepam aos idosos.

Em relação aos possíveis efeitos adversos associados ao uso crônico do diazepam, os resultados foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$), e revelaram aumento para sintomas de angústia, dores articulares, depressão e tontura, conforme descreve a Tabela 4. Não houve diferença na frequência de efeitos adversos naqueles pacientes que não seguiam orientação médica (10%).

Os sintomas referidos quando da retirada abrupta do medicamento, caracterizando síndrome de ausência também foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$), sinalizando que os pacientes apresentaram insônia, ansiedade e irritabilidade, conforme mostra a Tabela 5.

Interações medicamentosas

O estudo evidenciou que, 80% dos pacientes idosos utilizavam também outros medicamentos do programa "dose certa", entre eles, destacaram-se a aminofilina, cimetidina, digoxina e de propranolol, que podem predispor a interações potencialmente negativas com o uso do diazepam, segundo Bernik (1999).

Foi aventada a possibilidade da frequência de ocorrência destas interações, aumentar a incidência de efeitos

Tabela 1 - Características de uso do diazepam dos pacientes idosos usuários crônicos entrevistados na farmácia da rede pública de Tatuí-SP, no período de março a julho 2004

Variáveis	%	n
Queixa inicial		
Ansiedade/ Insônia	92,8	65
Dose Prescrita		
10 mg	81,4	57
Dose Utilizada		
10 mg	77,1	54
Segue orientação médica		
Não	10,0	07
Aumento da dose		
Sim	18,6	13
Horário de uso		
Noite	81,4	57

** A frequência relativa foi determinada com base no número de pacientes.

Uso de diazepam em idosos

Tabela 2 - Tempo de utilização de diazepam relatado pelos pacientes idosos entrevistados na farmácia da rede pública de Tatuí-SP, no período de março a julho de 2004.

Tempo de utilização de diazepam (meses)	Pacientes n	%
6	5	7,14
12	8	11,42
24	8	11,42
36	8	11,42
48	3	4,28
60	5	7,14
72	4	5,71
120	16	22,85
180	7	10
240	3	4,28
300	2	2,85
360	1	1,42

Tabela 3 - Distribuição das especialidades médicas que prescreveram diazepam aos pacientes idosos usuários crônicos, entrevistados na farmácia da UBS central - "Dr. Aniz Boneder" da rede pública de Tatuí-SP, no período de março a julho de 2004.

Especialidade Prescritora	%	n
Clínico geral	60,0	42
Vascular	11,4	8
Cardiologista	8,5	6
Gastrologista	5,7	4
Psiquiatra	4,2	3
Geriatra	4,2	3
Outros	5,6	4

n= Número de receitas/especialidades médicas

Tabela 4 - Possíveis efeitos adversos relatados pelos pacientes idosos usuários crônicos de diazepam entrevistados na farmácia da rede pública de Tatuí, SP, no período de março a julho de 2004.

Sintomas	Sim	Não
Angustia	50*	20
Dores Articulares	48*	22
Depressão	46*	24
Tontura	45*	25

* $p < 0,05$, teste χ^2

Tabela 5 - Sintomas relatados na síndrome de ausência do uso de diazepam pelos pacientes idosos usuários crônicos entrevistados na farmácia da rede pública de Tatuí, SP, no período de março a julho de 2004.

Sintomas	Sim	Não
Insônia	55*	15
Ansiedade	53*	17
Irritabilidade	48*	22

* $p < 0,05$, teste χ^2

adversos relatados pelos pacientes, porém a análise estatística entre estas duas variáveis não revelou significância (FISHER's test $p > 0,05$).

Vale ressaltar que, 21,5% dos pacientes idosos entrevistados utilizam outros depressores do sistema nervoso central (por exemplo, outro BZD, neurolépticos, anticonvulsivantes ou etanol) o que também leva a um aumento do potencial de risco para o aparecimento de efeitos adversos e interações negativas (Bernik, 1999; Monti & Monti, 1991) com o uso do diazepam concomitante, mas a análise estatística também não revelou significância no aumento desta incidência de efeitos adversos ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

Insônia e ansiedade são sintomas que requerem investimento, tratamento especializado, gastos financeiros e provoca sérias conseqüências para a saúde, na produtividade e na qualidade de vida do paciente (Walsh & Ustun, 1999).

A prevalência da insônia no Brasil e episódios de ansiedade, em geral aparecem em cerca de 12% a 76% da população, dependendo do tipo de pesquisa e critério utilizado no levantamento (Rocha, 2000). Comumente, afeta

mais as mulheres, pessoas divorciadas, viúvas(os) e aqueles com menor grau de escolaridade e baixa renda salarial (Ohayon et al., 1998). Cerca de 35% dos adultos americanos, têm experimentado insônia por um período, dentro de um ano e destes 7,1% utilizaram hipnóticos, obtidos 2,6% através da prescrição de médicos e 4,5% sem a prescrição (Nishino & Mignot, 1999). Em um estudo feito em Campo Grande-MS, Souza et al. (2002) encontraram a prevalência de insônia em 19,1% da população estudada. Existe, portanto uma significativa relação entre o episódio de insônia, o gênero feminino, o baixo nível educacional e a faixa social. Vários estudos também mostram uma relação entre esta enfermidade e a população idosa, naqueles que apresentam doenças crônicas e quando da presença de desordens psiquiátricas (Ulstun et al., 1996; Rocha, 2000; Huf et al., 2000).

Desta forma, os resultados obtidos neste levantamento mostram que os usuários idosos selecionados (60-75 anos) eram analfabetos (92,8%) ou com ensino fundamental incompleto, aposentados (94,2%) e dependentes do fornecimento de medicamentos da rede pública, características que permitem incluí-los como população de baixa renda. Além disso, 91,4% dos idosos apresentavam pelo menos uma doença crônica, dados estes, semelhantes aos encontrados por diferentes autores Almeida et al. (1994),

Huf et al. (2000) e Garrido & Menezes (2002).

Byrne (2002) afirma que a prevalência da ansiedade diminui com o envelhecimento. Com frequência, os transtornos de ansiedade têm início tardio e estão associados a transtornos depressivos e doença física. Em relação ao manejo farmacológico do tratamento dos transtornos de ansiedade com BZD, os riscos superam os benefícios, pois induzem a confusão mental, amnésia, ataxia e quedas (Galé & Oakley-Browne, 2006). Há alguma evidência que o uso de buspirona seja eficaz (Bohm et al., 1990). Outro ponto importante que Byrne (2002) destaca é que se deve ter um critério rigoroso para o diagnóstico de transtorno de ansiedade, isto é, uma escala de ansiedade que seja comprovadamente confiável e válida para ser utilizada em idosos a fim de auxiliar no processo de identificação de casos e medir a mudança na gravidade dos sintomas entre aqueles que recebem o tratamento adequado.

Assim, muitos estudos vêm mostrando que há falhas no diagnóstico estabelecido e com isso, prescrição indevida de medicamentos, principalmente psicotrópicos (Carlini & Nappo, 2003).

Os BZD estão entre os medicamentos mais usados no mundo todo, havendo estimativas de que entre um e três por cento de toda a população ocidental já os tenha consumido regularmente por mais de um ano (Bernik, 1999; Huf et al., 2000). Segundo dados do CEBRID (2003), em 2001, no mundo todo, foram consumidas 26,74 bilhões de doses diárias e 6,96 milhões de doses como hipnóticos. A prevalência do consumo destes fármacos é elevada no Brasil. Infere-se que o consumo de BZD dobre a cada cinco anos. Nos anos de 1988 e 1989, o consumo brasileiro de BZD foi de aproximadamente 20 DDDs (doses diárias definidas), semelhante ao dos Estados Unidos (Nappo & Carlini, 1993). Em Belo Horizonte-MG, o uso de agentes ansiolíticos-hipnóticos foi de 95% do total de idosos entrevistados (Nappo & Carlini 1993); em uma pequena cidade do interior de São Paulo, 50% dos entrevistados usavam BZD (Noto et al., 2002). Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, 2002), um em cada dez adultos recebe prescrição de BZD, quase sempre feita por clínico geral. Nos usuários idosos atendidos pela UBS - "Dr. Aniz Boneder", também se constatou que, 60% das prescrições de BZD foram feitas por clínicos gerais, totalizando 95,4% prescritas por clínicos não especializados em neurologia ou em psiquiatria.

Durante a coleta dos resultados do presente estudo, questionou-se as informações recebidas dos clínicos quanto aos riscos do diazepam e sobre a prescrição em si, e os mesmos, em sua maioria, referiram desconhecer os riscos do uso crônico e não se recordavam se haviam recebido esta orientação por parte dos clínicos, além disso, relataram que a prática comum é solicitar previamente ao clínico uma nova prescrição, sempre que o medicamento estiver acabando. Talvez isso explique por que o tempo de utilização do diazepam por estes usuários, nesta pesquisa, variou entre 60 (novos usuários) a 360 meses (os mais antigos).

Estes últimos dados são bastante preocupantes, pois

a administração crônica de BZD, mesmo em doses baixas, induz a prejuízos persistentes nas funções cognitivas e psicomotoras. Dunne & Montgomery (2006) e Galé & Oakley-Browne (2006) em revisão fundamentada, revelam que não existem benefícios do uso crônico de BZD indicado para os transtornos de ansiedade e/ou insônia em idosos, principalmente se uso ultrapassa um mês. Vários estudos de metanálises, levantados por estes autores, revelam o aumento dos efeitos adversos tais como: quedas, fraturas de bacia, distúrbios cognitivos, acidentes de carros, além de ataxia, confusão mental e sonolência, efeitos estes dose-dependentes. A própria Associação Psiquiátrica Americana, em 1990, já havia preconizado que a idade avançada e o uso de BZD em doses terapêuticas não devem ultrapassar quatro meses, pois a partir disso, constituem fatores de risco, toxicidade, dependência, déficit cognitivo e ainda uma série de efeitos adversos potencialmente perigosos (APA, 1990). Outros estudos também mostram que, 60-70% dos idosos utilizam esses medicamentos por períodos prolongados (Almeida et al., 1999).

Neste estudo, observou-se que a maioria dos pacientes usava o diazepam de forma contínua isto é, com pelo menos três anos de uso, dados estes que reforçam o risco da dependência e tolerância. A dependência aos BZD relaciona-se não só à presença do fármaco, mas também às características individuais do paciente, devendo-se evitar a prescrição àqueles que possuem história de drogadição ou aos hipocondríacos ou polimedicados. A dose diária e o tempo de uso continuado dos BZD, são fatores importantes para se instalar um quadro de dependência. O uso de até três meses apresenta risco praticamente nulo. Entre três e 12 meses de uso, o risco aumenta para 10% a 15% e por mais de 12 meses apresenta risco de 25% a 40% (Bernik, 1999).

Assim, os sintomas relatados pelos idosos, insônia, ansiedade, irritabilidade, na ausência do medicamento, pode refletir o grau de dependência dessa população ao BZD. Os achados apresentaram limitações na distinção dos efeitos adversos causados pelo uso de diazepam e possíveis disfunções em diferentes órgãos e sistemas, passíveis desta faixa etária. A dificuldade em distinguir os sintomas da abstinência do reaparecimento dos sintomas da ansiedade pode ser responsável pelo insucesso da tentativa de interrupção da medicação. Poucos deles tiveram orientação médica para reduzir a dose da medicação até a parada total. Diante dessas observações, poder-se-ia inferir que esses pacientes estavam dependentes do medicamento, de modo que, a suspensão do tratamento poderia acarretar a instalação dos sintomas indesejáveis da síndrome de abstinência ou do retorno da doença.

O efeito da dependência deve ser amplamente prevenido pelo médico. A falta de esclarecimento parece facilitar a cronificação do uso, à medida que o usuário fica limitado quando a avaliação dos riscos aos quais se submete. A baixa percepção de risco pela população brasileira também tem suas raízes na carência de debates sociais sobre esta questão nos meios de comunicação (Orlandi & Noto, 2005). Pode-se dizer que, tanto pacientes como médicos consideram

mais fácil continuar com os BZD que enfrentar as dificuldades e o desconforto do programa de retirada do fármaco. Como sugere Stahl (1998), a ignorância de como fazer a retirada gradativa do fármaco constitui importante razão da utilização prolongada e inapropriada desses agentes. O erro mais freqüente, cometido por pacientes e médicos, é a excessiva agressividade na redução das doses. O uso crônico de BZD pode exigir muitos meses de redução gradativa em alguns casos, devido o risco de aparecimento da síndrome de retirada.

Os resultados obtidos mostram que cerca de 81,4% dos idosos desta amostra, iniciam o tratamento já utilizando a dose de 10 mg/dia de diazepam, conforme a padronização do programa "dose certa", o que sugere que a padronização leva à uma tendência na prescrição. Uma consideração fundamental é o fato de que para uma população de um país pobre como o Brasil, a utilização de medicamentos que fazem parte de uma relação de medicamentos essenciais, fornecidos gratuitamente, nem sempre obedece a um critério de adequação, mas sim ao da disponibilidade (Sebastião & Pelá, 2004).

Inúmeros trabalhos mostram que o efeito ansiolítico dos BZD no transtorno de ansiedade generalizada, pode ser observado nas primeiras seis semanas, com uma dose inicial de 2 mg, três vezes ao dia e se necessário aumentar até no máximo 40 mg/dia, durante o menor tempo possível. Após esse período, deve-se realizar uma retirada gradual e a partir da estabilização da resposta inicial, manter a dose mais baixa possível e fazer uma reavaliação constante da necessidade de manutenção do BZD (Andreatini et al., 2001; Bernik, 1999). Este tipo de prescrição não apareceu nesta amostra, o que indica que os clínicos não consideram este tipo de conduta ou diretrizes.

Na faixa etária estudada é comum observar o acometimento simultâneo de disfunções em diferentes órgãos e sistemas o que os leva a polifarmácia e portanto maiores chances de desenvolver reações adversas com maior freqüência e gravidade (Rozenfeld, 2003). Além disso, alterações na fase farmacodinâmica e farmacocinética, e o uso inadequado de BZD, predisõem os idosos a uma maior chance de aparecimento de efeitos indesejados. A média de medicamentos utilizada diariamente pelos idosos usuários de diazepam em estudo foi de 5,9 medicamentos/dia, número elevado considerando então possibilidade de interações medicamentosas negativas. No entanto, essa amostra não apresentou dados estatisticamente relevantes quanto a este aspecto, fato este curioso, pois o próprio programa "dose certa" possui outros medicamentos cujos riscos de interações estão bem documentados. Podem-se atribuir estes resultados às limitações metodológicas deste estudo. A orientação médica sobre a interação com o álcool, dado seu intenso uso, também é muito importante, uma vez que pode ocorrer depressão respiratória grave e fatal pelo sinergismo do efeito depressor (Bernik, 1999). O acompanhamento farmacoterapêutico do paciente idoso torna-se etapa fundamental para promoção do uso racional desses medicamentos (Gorzoni & Toniolo, 1995).

Assim, considerando que o alvo desta pesquisa

foram os idosos que procuraram a farmácia com a prescrição de BZD, estes achados revelam que se faz necessária uma revisão de atitude destes clínicos, pois dispensam a relação médico-paciente para a prescrição do BZD. A falta de orientação médica sobre os riscos do uso crônico do diazepam, de um lado, e o elevado uso de BZD por mais de três anos, de outro, podem indicar uma despreocupação dos médicos em relação a esse efeito indesejável. Os dados também fazem supor que a educação médica a respeito do aconselhamento ao paciente deve ser revisada de modo a melhorar a qualidade das orientações fornecidas. O retorno do paciente ao médico periodicamente é um fator de importância para o monitoramento da dose, avaliação dos efeitos adversos e da resposta terapêutica. A prescrição racional de BZD deve ser encorajada e feita em condições apropriadas, com monitoramento cuidadoso, sempre objetivando estabelecer um bom vínculo com o paciente. Por outro lado, os farmacêuticos responsáveis pela dispensação deste tipo de medicamento também não podem se omitir e devem informar a população dos riscos implicados no uso crônico do diazepam.

Considerando as limitações do SUS, os gastos com medicamentos e a iatrogenia provocada pelo seu uso indevido, medidas de apoio comportamentais e de suporte planejadas por profissionais contratados para esta finalidade ganham importância ímpar a este tipo de paciente. Estas medidas deveriam ser consideradas pelos programas apoiados pelo Ministério da Saúde.

Avaliações multidimensionais, treinamentos específicos, formas adequadas de retirada do mesmo, acompanhamento farmacoterapêutico, associações de medidas não farmacológicas, revisão na padronização da dose de diazepam, oferecida pelo programa "dose certa", estabeleceriam uma relação entre uso racional e qualidade de vida, colaborando assim, para o almejado envelhecimento "bem sucedido".

ABSTRACT

Long-term use of diazepam in elderly patients treated by the public health system in Tatuí (SP, Brazil)

This paper describes a survey of diazepam use among the elderly chronic-user population treated by the Primary Care Service in Tatuí (SP, Brazil) and establishes a link between chronic use, side-effects and dependence. A cross-section of the target population was investigated through semi-structured interviews applied to 70 elderly patients in a non-probabilistic sample of volunteers, selected by type. The selected sample contained: 77,1% women and 22,9% men, 37,1% were married, 44,2% were widowers, 92,8% had low escolarity, 94,2% were retired and 91,4% carrying chronic diseases. The clinical diagnosis that justified the initial prescription of a daily dose of 10mg was anxiety and insomnia (92,8%). In 90% of the patients, the medical advice was followed without

interruption, for an average of 60 months. The possible side-effects were: dizziness, pains in the joints, anxiety (97,14%) and depression. Those who tried not to use the medication reported insomnia, anxiety and nervousness. The data from this study suggest that the standard dosage of 10mg prescribed in the Public Health Service and the length of treatment do not lead to a significant improvement in the well-being of these patients, since most of the interviewees reported side-effects and withdrawal symptoms in the absence of the medication. This implies that careful clinical follow-up and orientation about gradual reduction of the intake are necessary.

Keywords: elderly; benzodiazepines; diazepam; chronic treatment.

REFERÊNCIAS

- Almeida LM, Coutinho ESF, Pepe VLE. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. *Cad Saude Publica* 1994; 10(1):5-16.
- Almeida OP, Ratto L, Garrido R, Tamai S. Fatores preditores e consequências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(3):152-7.
- Andreatini R, Boerngen-Lacerda R, Zorzetto Filho D. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(4):233-42.
- APA. American Psychiatric Association. *Benzodiazepine: dependence, toxicity and abuse*. A task force report of the American Psychiatric Association. Washington (DC): APA, 1990. 97p.
- Bernik MA. *Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência*. São Paulo: Edusp; 1999. 242p.
- Bohm C, Robinson DS, Gammans, RE, Shrotriya RC, Alms DR, Leroy A, Placchi M. Buspirone therapy in anxious elderly patients: a controlled clinical trial. *J Clin Psychopharm* 1990; 10(3Suppl):47S-51S.
- Byrne GJA. What happens to anxiety disorders in later life? *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(Supl 1):74-80.
- Carlini ELA, Nappo SA. The pharmacovigilance of psychoactive medications in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25(4):200-5.
- CEBRID. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Departamento de Psicofarmacologia. *Haja ansiedade. Haja insônia*. Bol. CEBRID n. 47, jan/fev/ mar de 2003. Disponível em URL: <http://www.saude.inf.br/cebrid/boletimcebrid47.htm> [20 out 2006].
- CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Jornal do CREMESP*. Edição n. 183. nov. 2002. Disponível em URL: <http://ser1.cremesp.org.br>. [20 out 2006].
- Cummings SR, Nevitt MC, Browner WS et al. Risk factors for hip fracture in White women. *N Engl J Med* 1995; 332:767-73.
- Dunne D, Montgomery P. Insomnia in the elderly. Disponível em URL: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/sld/2302/2302.jsp>. [23 out 2006]
- Galé C, Oakley-Browne M. Generalised anxiety disorder. Disponível em URL: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/sld/2302/2302.jsp>. [23 out 2006]
- Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(1):3-6.
- Gorzoni ML, Toniolo V. *Terapêutica clínica no idoso*. São Paulo: Sarvier; 1995. 197p.
- Grad RM Benzodiazepines for insomnia in community-dwelling elderly: a review of benefit and risk. *J Fam Pract* 1995; 41:473-81.
- Huf G, Lopes CS, Rozenfeld S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Cad Saude Publica* 2000; 16(2):351-62.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tatuí-SP: população e domicílios-Censo 2000 com divisão territorial 2001. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php> [23 out 2006].
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em URL: <http://www.conselhosau.gov.br>. [20 ago 2006].
- Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria n. 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999. Disponível em URL: <http://www.ufrgs.br/portaria1395gm.html> [20 ago 2006]
- Monti JM, Monti D. Tratamento da insônia. *J Bras Psiquiatr* 1991; 40(1):69-72.
- Nappo S, Carlini EA. Preliminary findings: consumption of benzodiazepines in Brazil during the year 1988 and 1989. *Drug Alcohol Depend* 1993; 33:11-7.
- Nishino S, Mignot E. Drug treatment of patients with insomnia and excessive daytime sleepiness: pharmacological considerations. *Clin Pharmacokinet* 1999; 37:305-30.
- Noto AR, et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the state of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(2):68-73.
- Ohayon M, Claulet M, Lemoine P. Comorbidity of mental and insomnia disorders in the general population. *Compr Psychiatr* 1998; 39:185-97.
- Orlandi, P, Noto, AR. Uso indevido de Benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005, 13(n.especial):896-902.

Ray WA, Griffin MR, Schffner W, Baugh DK, Melton LJ. Psychotropic drug use and the risk of hip fracture. *N Engl J Med* 1987; 316:63-9.

Rocha F. *Um estudo com base populacional de hábitos de sono, prevalência e fatores associados a insônia*. [Tese] Brasília: Universidade de Brasília; 2000.

Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):717-24.

Sebastião ECO, Pelá IR. Consumo de psicotrópicos: análise das prescrições ambulatoriais como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos. *Seguim Farmacoter*. periódico on-line 2004; 2(4). Disponível em URL: <http://www.farmacare.com> 10 set 2005 .

Soares CN, Soares MBM, Asbahr FR, Bernik MA. Perfil de uso e abuso de benzodiazepínicos em pacientes psiquiátricos e não-psiquiátricos. *J Bras Psiquiatr* 1991; 40(4):191-8.

Sorock G, Shimkin EE. Benzodiazepine sedatives and the risk of falling in a community-dwelling elderly cohort. *Arch Intern Med* 1988; 148:2441-4.

Souza JC, Magna LA, Reimão R. Insomnia and hypnotic use in Campo Grande general population, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 2002; 60(3-B):702-7.

Stahl SM. *Psicofarmacologia*. Rio de Janeiro: Medsi; 1998. p.235-392.

Teixeira JJV, Lefevre F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saude Publica* 2001; 35(2):207-13.

Ulstun T, Privett M, Lecrubier Y. Form, frequency, and burden of sleep problems in general health care. *Eur J Psychiatry* 1996; 11(Suppl 1):S5-S10.

Walsh J, Ustun B. Prevalence and health consequences of insomnia. *Sleep* 1999; 22(Suppl 3):S427-S36.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.