

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL**  
**INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**  
**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL:**  
**PREVALÊNCIA DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS E NÃO**  
**IDOSOS E SUAS ASSOCIAÇÕES**

Aluno: Eduardo Lopes Nogueira

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para obtenção de título de Mestre em Gerontologia Biomédica.

**Porto Alegre**

**2012**

## **DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

N778e Nogueira, Eduardo Lopes

Emergência psiquiátrica no hospital geral: prevalência do uso de benzodiazepínicos em idosos e não idosos e suas associações / Eduardo Lopes Nogueira. Porto Alegre: PUCRS, 2012.

78 p.: il. tab. Incul um artigo submetido à publicação em: Gen Hosp Psychiatry. e um já publicado: Spanemberg L, Nogueira EL, Silva CT, Dargel AA, Menezes FS, Cataldo Neto A. High prevalence and prescription of diazepam for elderly: data from psychiatric consultation to patients from an emergency room of a general hospital. Gen Hosp Psychiatry. 2011;33:45-50.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Mestrado em Gerontologia Biomédica.

1. BENZODIAZEPINAS/uso terapêutico. 2. PREVALÊNCIA. 3. PSICOTRÓPICOS. 4. SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA. 5. HOSPITAIS GERAIS. 6. ENVELHECIMENTO. 7. IDOSO. 8. MEIA-IDADE. 9. ESTUDOS TRANSVERSAIS. 9. I. Cataldo Neto, Alfredo. II. Título.

C.D.D. 618.97689

C.D.U. 616.89-053.9:616-083.98 (043.2)

N.L.M. WT 150

## RESUMO

O processo de envelhecimento é um fenômeno mundial que ocorre de forma mais acelerada em países em desenvolvimento com é o caso do Brasil. Mesmo que os efeitos do envelhecimento populacional não tenham sido adequadamente medidos nos setores de emergência, é reconhecido na literatura que a faixa etária idosa tem maiores chances de necessitar de cuidados de saúde e de utilizar várias medicações, entre estas, as psicotrópicas. Este panorama é mais acentuado quando tais indivíduos têm a sua saúde mental comprometida. A literatura científica aponta que a alta prevalência do uso de psicotrópicos em idosos é decorrente da prescrição inadequada e da indicação não médica combinados à tendência à cronicidade, abuso ou dependência relacionada a subgrupos destes medicamentos, neste caso, destacando-se a classe dos benzodiazepínicos. O presente trabalho objetivou estudar a prevalência e as características mais associadas ao uso atual de benzodiazepínicos em uma amostra de pacientes avaliados pela consultoria psiquiátrica em um *setting* de emergência. Os resultados evidenciaram frequências muito altas de uso de benzodiazepínicos entre os pacientes idosos. Outro resultado relevante mostrou que os benzodiazepínicos foram a classe de psicotrópicos mais comumente indicada pelos psiquiatras de plantão. Na amostra total (N:1113), pouco mais da metade dos idosos ( $\geq 65$  anos), 44,0% da faixa etária de meia-idade (45-64 anos) e 33,6% dos adultos mais jovens (18-44 anos) eram usuários regulares de benzodiazepínicos ( $p < 0,001$ ). Utilizando a regressão de *Poisson* com estimativa de Razões de Prevalência (RP), o uso de benzodiazepínicos mostrou-se independentemente associado com o aumento da idade: RP=1,261 para o grupo 35-49 anos ( $p=0,024$ ), RP=1,400 para o grupo 50-64 anos ( $p=0,007$ ), RP=1,699 para o grupo 65-79 anos ( $p < 0,001$ ); para o grupo  $\geq 80$  anos a RP de 1,343 não alcançou significância estatística ( $p=0,387$ ). Outras relevantes associações independentes foram encontradas para transtorno de personalidade (RP=1,465,  $p=0,004$ ), presença de comorbidade médica não psiquiátrica (RP=1,290,  $p=0,006$ ) e risco de suicídio (RP=1,200,  $p=0,032$ ). Deve-se ressaltar que tais evidências devem ser reproduzidas e aprofundadas em outros serviços de emergência em Hospitais gerais, emergências psiquiátricas

e setores de admissão considerando que esses fatores não justificam o uso dessa classe de psicotr3picos. A alta preval3ncia do uso de benzodiazep3nicos em contexto de emerg3ncia detectada no presente trabalho 3 preocupante, especialmente no caso de indiv3duos idosos, j3 que setores de emerg3ncia de Hospitais gerais prestam um servi3o de sa3de essencial 3 popula3o e, por vezes, s3o a primeira oportunidade de acesso 3 assist3ncia em sa3de mental para um n3mero consider3vel de indiv3duos. Mais estudos com an3lises controladas devem ser conduzidos em amostras de emerg3ncia, j3 que trabalhos que produzem resultados de associa3o robustos neste contexto s3o raros, mas fundamentais para o desenvolvimento do conhecimento na 3rea da medicina de emerg3ncia.

## ABSTRACT

The aging process is a worldwide phenomenon that occurs more rapidly in developing countries like Brazil. Even if the effects of aging have not been adequately measured at emergencies, it is well documented that aged people are more likely to need health assistance and use various medications, among these, psychotropic. This panorama is more pronounced when these individuals show mental health impairment. The scientific background indicates that the high prevalence of psychotropic use in the elderly is due to inappropriate prescribing and non-medical use combined with higher chronicity rates, abuse or dependence related to subgroups of these drugs, especially benzodiazepines. This study investigated the prevalence and characteristics associated with current use of benzodiazepines in a sample of patients evaluated by a psychiatric consultation at an emergency setting. The results showed very high frequency of benzodiazepine use among elderly patients. Another important result showed that benzodiazepines were the most common class of drugs indicated by psychiatrists on duty. In the total sample (N:1113), just over half of the elderly ( $\geq 65$  years), 44.0% of the middle-aged group (45-64 years) and 33.6% of the younger adults (18-44 years) were regular users of benzodiazepines ( $p < 0.001$ ). Using Poisson regression to estimate prevalence ratios (PR), benzodiazepine use was independently associated with increasing age: RP=1.261 for the group of 35-49 years ( $p = 0.024$ ), PR=1.400 for group of 50-64 years ( $p=0.007$ ), PR=1.699 for the group of 65-79 years ( $p < 0.001$ ); for the age group of 80 years or more show PR of 1.343 but not reach statistical significance ( $p=0.387$ ). Other significant independent associations were found for personality disorder (PR=1.465,  $p=0.004$ ), presence of non-psychiatric medical comorbidity (PR=1.290,  $p=0.006$ ) and suicide risk (PR=1.200,  $p=0.032$ ). It's important to emphasize that such evidence should be replicated and refined in other emergency rooms of general hospitals, psychiatric emergencies and admission services considering that these factors do not justify the use of this class of psychotropic drugs. The high prevalence of benzodiazepine use in emergencies detected in this study is worrisome, especially for the elderly, since the emergencies of general hospitals provide a vital assistance to the population and are sometimes the first opportunity to

receive mental health care for a considerable number of individuals. Other controlled studies should be conducted on emergency samples because works that may produce robust results in this context are rare, but critical to improve knowledge in the field of emergency medicine.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REVISÃO DA LITERATURA .....	15
2.1	Envelhecimento humano: definição, teorias biológicas e psicológicas.....	15
2.2	Epidemiologia do envelhecimento .....	16
2.3	Os benzodiazepínicos: psicofarmacoe epidemiologia clínica .....	18
3	JUSTIFICATIVA .....	22
4	OBJETIVOS .....	23
4.1	Geral .....	23
4.2	Específicos .....	23
5	ARTIGO PUBLICADO EM INGLÊS: HIGH PREVALENCE AND PRESCRIPTION OF BENZODIAZEPINES FOR ELDERLY: DATA FROM PSYCHIATRIC CONSULTATION TO PATIENT FROM AN EMERGENCY ROOM OF A GENERAL HOSPITAL .....	24
	Abstract .....	24
	Introduction .....	26
	Methods.....	27
	Results .....	28
	Discussion .....	33
	References .....	38
6	ARTIGO EM INGLÊS SUBMETIDO A PUBLICAÇÃO: MAJOR FACTORS RELATED WITH BENZODIAZEPINE USE IN AN EMERGENCY ROOM OF A GENERAL HOSPITAL.....	44
	Abstract.....	45
	Introduction .....	46
	Methods .....	47
	Results .....	49
	Discussion .....	52
	References .....	56
	Tables.....	62

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	69
	REFERÊNCIAS.....	70
	ANEXO A – Registro de Emergência.....	76
	ANEXO B – Aprovação da Comissão Científica do Instituto de Geriatrics e Gerontologia da PUCRS.....	77
	ANEXO C – Aprovação do Comitê em Ética e Pesquisa da PUCRS.....	78

# 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre os anos de 2000 e 2050 a população com idade de 60 anos ou mais irá passar de 600 milhões para 2 bilhões de indivíduos.<sup>1</sup> A maior parcela desse crescimento se dará nos países em desenvolvimento, passando de 400 milhões para 1,7 bilhão no mesmo período. Da mesma forma, será nos países em desenvolvimento que estará a maior parte (cerca de 80%) da população com mais de 60 anos. Em 2030, estima-se que o Brasil contribua com um contingente aproximado de 40 milhões de idosos.<sup>2</sup> Segundo dados do Censo de 2010,<sup>3</sup> a Região Sul repete os resultados de estudos anteriores e confirma a expectativa de ser, juntamente com a Região Sudeste, a mais envelhecida do País, com um contingente de idosos com 65 anos ou mais de 8,1%.

Indivíduos de faixas etárias mais avançadas usualmente apresentam alta prevalência de doenças crônicas e incapacidades.<sup>4</sup> Logo, essa população tem maiores chances de necessitar de cuidados de saúde e de utilizar várias medicações para o tratamento de suas patologias.<sup>5,6</sup> Esta sequência de fatos epidemiológicos: envelhecimento, aumento da frequência de patologias, maior necessidade de assistência em saúde e aumento do uso de medicamentos é um importante tema que merece ser mais bem compreendido, pois é nesse contexto que ocorrem, por exemplo, problemas relacionados a medicamentos<sup>7</sup> e o uso inapropriado de fármacos,<sup>8</sup> dois importantes problemas de saúde pública. Dentre os inúmeros fármacos atualmente disponíveis, os benzodiazepínicos (BZDs) figuram como uma das classes mais utilizadas no mundo, constituindo o tipo de psicofármaco mais usado na Medicina.<sup>9</sup> Surgidos a partir da década de 1960, os BZDs praticamente suplantaram os fármacos com efeitos hipnóticos e ansiolíticos que os precederam, como os barbitúricos no tratamento de transtornos de ansiedade. Seu uso disseminou-se principalmente ao longo da década de 1970.<sup>10</sup>

Os setores de emergência – sejam de hospitais gerais ou psiquiátricos – são frequentemente o primeiro acesso ao cuidado em saúde mental para grande parte da população.<sup>11</sup> No Brasil, a crescente demanda por atendimento psiquiátrico em hospitais gerais tem sido observada especialmente a partir da

década de 1980, com o surgimento do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e o Projeto de Lei Paulo Delgado (apresentado em 1989 e sancionado em 2001), inspirados na Reforma Psiquiátrica Italiana, visando ao fechamento de leitos psiquiátricos e à substituição por uma rede integrada de atenção.<sup>12</sup> Contudo, a morosidade da implementação da rede e a ausência de outros recursos para pacientes gravemente enfermos inviabilizou a extinção completa dos manicômios, bem como aumentou a demanda por local apropriado e para o cuidado dessas pessoas.

Atendimentos de emergência consistem geralmente em uma avaliação breve e focada no motivo da busca da assistência. Neste contexto, a atenção pormenorizada à prescrição em uso do paciente é improvável, podendo facilitar a manutenção do mau uso de medicações psiquiátricas ou a prescrição adicional de novos fármacos. Neste aspecto, os BZDs merecem destaque, pois são prescritos para uma variedade de sintomas inespecíficos, como problemas relacionados ao sono, tensão emocional, sintomas de ansiedade, depressão e queixas somáticas.<sup>6</sup> É de conhecimento comum que indivíduos idosos costumam apresentar queixas múltiplas e inespecíficas e a indicação de psicofarmacoterapia baseada nesse tipo de informação tende a ser, no mínimo, imprecisa.

Assim, a literatura comprova que idosos são grandes consumidores de psicofármacos, especialmente de BZDs,<sup>13-15</sup> divergindo das recomendações de uso mais estrito desse tipo de fármaco em indivíduos nessa faixa etária.<sup>16,8</sup> Desta forma, o presente estudo tem o objetivo de estimar a prevalência dos medicamentos psicotrópicos e comparar seu uso entre pacientes idosos e adultos que receberam assistência psiquiátrica de emergência no Hospital São Lucas da PUCRS.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Envelhecimento humano: definição, teorias biológicas e psicológicas

A compreensão do envelhecimento e as tentativas de prolongar a vida, a juventude e manutenção do vigor são desafios que receberam esforços universalmente despendidos ao longo de séculos nas mais variadas culturas e, ainda hoje, continuam a ser foco de grande investimento.<sup>17</sup> De fato, as melhorias nas condições de saúde e os avanços tecnológico e científico têm proporcionado, em grande medida, os benefícios do aumento da expectativa de vida. Entretanto, o limite biológico humano parece à vista, na medida em que é consenso que a morte é o desfecho final do processo de envelhecimento.

Segundo Ahmed & Tollefsbol (2001),<sup>18</sup> o envelhecimento mais comumente se refere a uma série de modificações tempo-dependentes que gradualmente reduzem a reserva fisiológica e a capacidade funcional; mas, por vezes, cursa com aquisições de determinadas qualidades ou com processos de maturação.

Certamente, as definições de envelhecimento não dão conta de toda a sua amplitude; da mesma forma, as teorias biológicas que buscam elucidar seus mecanismos também não. O envelhecimento em organismos vivos é um fenômeno universal, mas sua taxa de evolução pode variar entre grupos e até mesmo entre indivíduos.<sup>17</sup> Em humanos, essas diferenças são, em parte, geneticamente determinadas, mas também influenciadas pela nutrição, pelo estilo de vida e pelo ambiente.<sup>19</sup> Assim, uma teoria unificada e plenamente satisfatória inexistente, concluindo-se que o conhecimento científico pleno das causas do envelhecimento ainda não foi possível.<sup>20</sup>

As teorias biológicas do envelhecimento mais comumente são divididas em um grupo de teorias que enfatizam a programação genética e em outro grupo de teorias que enfatizam o acúmulo de erros ou lesões que em um dado momento não podem ser reparados.<sup>21</sup> Outras denominações de grupo, sinônimas às supracitadas, são as teorias programadas (genéticas) e as teorias estocásticas. Vistas uma a uma, ou agrupadas, essas teorias não são

excludentes, sendo algumas inclusive consideradas como complementares.<sup>21,22</sup> Quando analisadas individualmente, qualquer tendência reducionista parece caracterizar mais o foco de pesquisa dos investigadores do que propriamente o encontro de uma verdade absoluta.

As teorias psicológicas do envelhecimento parecem ainda mais distantes de uma uniformidade científica. Entretanto, a maioria delas considera o impacto do envelhecimento nas necessidades e forças inatas humanas que motivam ideias e comportamento. O Seattle Longitudinal Study (SLS)<sup>23,24</sup> sugere que é durante o período entre os 60 e 70 anos de idade que a maioria das pessoas passa a ter um declínio mensurável de suas performances intelectuais. De qualquer forma, ao estudarem-se as características de personalidade ao longo do ciclo vital, observa-se que os idosos apresentam menores taxas de neuroticismo e extroversão e maiores taxas de amabilidade/empatia do que os adultos mais jovens. Outra influência, constatada em pesquisas com gêmeos, é a de que as mudanças nas características de personalidade ao longo do desenvolvimento infantil parecem ser mais relacionadas à genética, enquanto na fase adulta parecem ocorrer devido à adaptação ao ambiente, às experiências adquiridas ou à exposição a doenças.<sup>25</sup>

Enfim, as consequências negativas do envelhecimento, sejam elas biológicas, cognitivas ou psicológicas, variam consideravelmente entre os indivíduos; são resultado de múltiplos fatores, intrínsecos e extrínsecos, combinados. Do ponto de vista clínico, muitas vezes tais fatores apresentam-se apenas quando o indivíduo é exposto a um fator hostil que evidencia ou mesmo deflagra a perda de certa função. Um exemplo – foco de interesse do presente trabalho – é o uso inadequado de psicotrópicos que pode trazer desfechos variadamente negativos e que decorre da indicação médica imprecisa, da automedicação ou do uso de doses inadequadas.

## **2.2 Epidemiologia do envelhecimento**

O Brasil é um país populoso e de dimensões continentais. Segundo o Censo de 2010,<sup>26</sup> sua população total residente (ou de direito) estimada é de

aproximadamente 191 milhões de indivíduos, tendo crescido cerca de 20 vezes desde seu primeiro recenseamento, em 1872. A dinâmica demográfica do país da década de 1940 em diante foi afetada inicialmente pela redução nas taxas de mortalidade e pela manutenção de altas taxas de fecundidade. Estas últimas experimentaram um decréscimo lento a partir da década de 1960, incidindo diretamente na taxa de crescimento populacional.<sup>26</sup>

De fato, pode-se observar um fenômeno de coorte, similar ao *baby boom* consistentemente documentado na América do Norte (um verdadeiro *baby boom* brasileiro), considerando as semelhanças de dinâmica demográfica ocorrida no Brasil, combinando taxas de fecundidade elevadas até a década de 1970 com progressivo aumento da expectativa de vida.<sup>27</sup> Desta forma, a distribuição etária distancia-se do conceito gráfico de pirâmide com acentuado estreitamento da base (crianças e jovens) e alargamento da porção média e do topo (adultos e idosos, respectivamente).<sup>26</sup>

Este tipo de transição demográfica teve início na Europa no final do século XIX e estendeu-se por todo o mundo, tendo recentemente afetado os países da América Latina, dentre eles o Brasil.<sup>28</sup> No entanto, esse fenômeno ocorreu em diferentes momentos históricos em ambos os continentes. Na Europa, ele veio acompanhado de modificações sociais e econômicas em um longo período de tempo; no Brasil, as mudanças demográficas ocorreram em um curto espaço de tempo, sem as devidas adaptações socioeconômicas à nova realidade.<sup>29</sup>

A partir do final da década de 1960, a redução da fecundidade, que se iniciou nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas, e a queda nas taxas de mortalidade, devida principalmente a melhorias nas condições de saúde e desenvolvimento de novas tecnologias, desencadearam o processo de transição da estrutura etária, com o crescimento de maneira acelerada do contingente de idosos.<sup>30</sup>

A expectativa de vida do brasileiro apresenta expressiva evolução: entre 1950 e 1955, era de 50,9 anos; entre 2000 e 2005, de 68,3; e, em 2010, passou a 73,2 anos.<sup>26</sup> Assim, constata-se que no Brasil, em consonância com o que ocorre no restante do mundo, o envelhecimento da população, com suas consequências biopsicossociais, é um fenômeno irreversível e que merece

maior investimento, já que as repercussões disso nos serviços de saúde não foram adequadamente medidas em nosso meio.

### **2.3 Os benzodiazepínicos: psicofarmacoepidemiologia clínica**

Os fármacos benzodiazepínicos formam um grupo de drogas psicoativas amplamente utilizadas no mundo. O primeiro medicamento descoberto desse grupo de psicotrópicos foi o clordiazepóxido em 1955, pelo químico Leo Sternbach. Seus importantes efeitos tranquilizantes e anticonvulsivantes foram comparados com psicofármacos da época, como o fenobarbital, o meprobamato e a clorpromazina.<sup>31</sup> Sua capacidade hipnótica e de redução da ansiedade, combinada a uma maior segurança em comparação a seus predecessores, conferiu aos BZDs grande aceitação, disseminando seu uso.<sup>32</sup>

Entretanto, as indicações clínicas dos BZDs vêm se modificando ao longo de suas cinco décadas de existência. Inicialmente, seu uso era disseminado entre vários distúrbios mentais, especialmente nos que cursavam com ansiedade. Nas duas últimas décadas, um maior conjunto de evidências trouxe maior precisão nas indicações terapêuticas desses medicamentos. Além disso, a limitação em suas indicações em idosos também se deve à observância de desfechos negativos relacionados ao uso de fármacos,<sup>7</sup> que estimulou o surgimento de diretrizes internacionais e critérios de restrição para uso de determinadas medicações nessa faixa etária, incluindo alguns psicofármacos.<sup>8</sup> Há consenso na literatura de que o uso preciso e adequado de um BZD deve ser curto e em condições específicas, sendo importante destacar seu papel na medicina de emergência como medicação de escolha em algumas síndromes de ansiedade, agitação psicomotora e abstinência ao álcool e a sedativos.<sup>33</sup> No entanto, na prática atual, ainda são prescritos para uma variedade de sintomas inespecíficos, como problemas relacionados ao sono, tensão emocional, ansiedade, queixas depressivas e somáticas.<sup>6</sup>

Desta forma, após o fenômeno de crescimento do uso de BZDs nos anos seguintes à sua disponibilidade no mercado, a prevalência dessas medicações se manteve especialmente elevada na população idosa. Isso

merece especial atenção, uma vez que já existem consideráveis evidências sugerindo opções terapêuticas mais eficazes para essa faixa etária, principalmente devido ao grande número de problemas a partir da indicação imprecisa, do uso não médico, de efeitos colaterais perigosos ou de outros resultados negativos associados ao uso do citado grupo de psicotrópicos,<sup>7</sup> tais como tonturas, quedas e sonolência.

Estudos com amostras comunitárias de idosos de diversos países demonstram prevalências altas e variáveis: 15-21,7% no Brasil;<sup>14,34</sup> 9,9% nos EUA;<sup>35</sup> 16% na Austrália;<sup>36</sup> 24% no Canadá;<sup>37</sup> 25% na Suécia;<sup>38</sup> 31% na França;<sup>13</sup> 43% em Taiwan;<sup>39</sup> 57% em Portugal.<sup>40</sup> Um estudo conduzido no Brasil de 1994 a 2003 mostrou alta prevalência de uso de BZDs, assim como uma significativa elevação no uso de antidepressivos no período.<sup>41</sup>

Estudos em amostras clínicas também demonstram altas prevalências de uso regular de psicotrópicos: 39,4% em um hospital não psiquiátrico, com 63,1 anos de média de idade;<sup>42</sup> 79% em casas de repouso na Bélgica, com 85 anos de idade média;<sup>43</sup> e 84,2% em uma amostra de pacientes idosos internados em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral brasileiro.<sup>44</sup> Outro fator importante está relacionado ao gênero feminino, pois diversos estudos mostram que essa variável está associada com transtornos psiquiátricos<sup>45,46</sup> e com abuso de medicações psicotrópicas,<sup>14,15,34,36,41</sup> especialmente nas idosas.<sup>15</sup>

A alta frequência de uso crônico de BZDs é preocupante, já que usuários de longo prazo estão em maior risco de dependência, podem sofrer reações de abstinência e também mostrar comportamento de busca de droga (*drug-seeking behavior*).<sup>47</sup> Em um ambiente de pacientes mais vulneráveis – como em hospitais ou emergências –, o uso contínuo de BZDs torna-se foco de preocupação ainda maior, já que não há base científica para o uso de longo prazo dessa classe de drogas, como pode ser observado em indivíduos com precário estado de saúde, pior estado emocional,<sup>35</sup> portadores de depressão<sup>48,49</sup> e insônia.<sup>35,50</sup>

O uso de BZDs é associado a várias reações negativas em idosos, tais como déficit cognitivo, depressão, intoxicação, reação paradoxal, problemas respiratórios, síndromes amnésticas, entre outros.<sup>51</sup> Além disso, idosos que

apresentam escores mais altos de ansiedade podem ser mais relutantes a uma indicação de retirada de BZDs.<sup>52</sup>

Algumas razões podem explicar a alta prevalência do uso de BZDs, como o tratamento inadequado para depressão,<sup>48,49</sup> o maior contato com serviços de saúde,<sup>6</sup> a maior proporção de mulheres entre idosos,<sup>13</sup> a falta de treinamento médico e o baixo custo desses medicamentos.<sup>14</sup> Um estudo realizado em emergências nos EUA constatou que 82% dos médicos de emergência psiquiátrica daquele país preferem usar BZDs como primeira alternativa em casos de agitação psicomotora.<sup>11</sup> Um estudo realizado na Bélgica encontrou associações entre o uso de ansiolíticos em mulheres e episódios de ansiedade, problemas relacionados ao sono e transtornos depressivos.<sup>35</sup>

Outro fator importante a ser levado em conta no uso de psicofármacos na faixa etária idosa é o conjunto de alterações orgânicas inerentes ao envelhecimento que podem contribuir para uma saturação dos mecanismos de distribuição, eliminação, metabolização e excreção. Assim, a prescrição de drogas que compartilhem as mesmas vias metabólicas ou outros mecanismos farmacocinéticos que podem encontrar-se no seu limite fisiológico merece especial cautela. Em nível farmacodinâmico (efeito em órgãos-alvo), também ocorrem alterações significativas com o envelhecimento, contribuindo para o aumento do risco de intoxicações e interações medicamentosas no idoso.<sup>33</sup> Esses indivíduos apresentam uma maior sensibilidade para BZDs devido a alterações de receptores no SNC, sendo, por exemplo, mais suscetíveis a desenvolver sedação, instabilidade, perda de memória e perda da inibição.<sup>53</sup> Além disso, déficits cognitivos, intelectuais e psicomotores desencadeados por BZDs são importantes causas de acidentes e quedas em idosos.<sup>54</sup> Outra questão, ainda em investigação, é a associação entre o uso a longo prazo de doses altas de BZDs com ideação suicida e pensamentos de morte em idosos.<sup>55</sup>

Enfim, de todas as medicações atuais com propriedades ansiolíticas, os BZDs formam a classe de uso mais controverso em idosos. Mesmo com o surgimento de novos medicamentos, com a evolução do conhecimento em farmacologia clínica e com o surgimento de critérios restritivos ao uso de certos medicamentos, as prevalências de uso de BZDs por idosos permanecem

elevadas. Algumas sugestões para minorar esse problema foram propostas, como a educação dos pacientes e dos médicos para reduzir as renovações de receitas, a reavaliação da farmacoterapia indicada e a indicação de terapêuticas alternativas para a ansiedade de origem não relacionada com alterações da saúde mental.<sup>13</sup> Sugere-se, ainda, a avaliação de comportamento aditivo, incluindo a investigação do uso de drogas psicotrópicas e a pesquisa do comportamento repetido de busca de drogas. O uso de farmacoterapia alternativa aos BZDs, a avaliação criteriosa da hipótese diagnóstica e o tratamento adequado de condições clínicas que causam depressão ou cursam com ansiedade secundária também podem ser efetivos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisas de qualidade em *settings* de emergência são de extrema importância. Essa afirmação assenta-se na carência de trabalhos sistemáticos produzidos nesses locais e na elevada importância desses setores como um serviço essencial para a população e para o treinamento de profissionais.

No presente trabalho, foram encontrados resultados importantes que podem contribuir para o conhecimento científico da área de medicina de emergência e estimular a busca de maior aprofundamento dos achados ou mesmo a sua replicação em outras instituições que possuam assistência psiquiátrica emergencial.

Dentre os achados mais importantes deste trabalho, destaca-se a constatação da alta prevalência do uso de psicotrópicos na amostra total, em especial, os BZDs. Seguindo-se a essa importante constatação descritiva, o trabalho analítico robusto de regressão de *Poisson* evidenciou relevantes relações independentemente associadas ao uso atual de BZDs em indivíduos assistidos pelo plantão de emergência psiquiátrica. O aumento da idade, ter transtorno de personalidade como hipótese diagnóstica, ser portador de alguma comorbidade médica e apresentar risco de suicídio (tentativa ou ideação suicida) como motivo principal da avaliação foram os fatores que demonstraram associação independente com o uso de BZDs.

De fato, os achados citados são preocupantes, pois apontam para um perfil de usuários de BZDs em que a sua indicação é questionável ou mesmo contraindicada, especialmente numa amostra de indivíduos mais vulneráveis ou com saúde comprometida que necessitam de assistência emergencial.

Enfim, esses achados são novos e importantes, pois indicam o ponto de partida para uma pesquisa sobre a relação entre problemas relacionados a medicamentos, psicopatologia e outros aspectos da medicina de emergência. Ademais, este campo deve ser mais bem investigado em emergências psiquiátricas, setores de admissão e mesmo em outros setores de assistência em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). What are the public health implications of global aging? Geneva: World Health Organization; 2006. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/42/en/index.html>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da População Brasileira: População por Sexo e Grupos de Idade. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/piramide/piramide.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm).
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do censo Demográfico 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>.
4. Kriegsman DM, Deeg DJ, Stalman WA. Comorbidity of somatic chronic diseases and decline in physical functioning: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Clin Epidemiol*. 2004;57(1):55-65.
5. Hjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2007;5(4):345-51.
6. Jorm AF, Grayson D, Creasey H, Waite L, Broe GA. Long-term benzodiazepine use by elderly people living in the community. *Aust N Z J Public Health*. 2000;24(1):7-10.
7. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados com los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a La medicación (RNM). *Ars Pharm*. 2007;48(1):5-17.
8. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 2003;163(22):2716-24.

9. Hototian SR. Ansiolíticos em Idosos. In: Hototian SR, Duailibi K, editores. *Psicofarmacologia Geriátrica: o que todo médico deve saber*. São Paulo: Artes Médicas Editora; 2009.p. 149-164.
10. Lader M. History of Benzodiazepine Dependence. *J Subst Abuse Treat*. 1991;8(1-2):53-9.
11. Allen MH, Currier GW. Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(1):42-9.
12. Mello MF, Mello AAF, Kohn R (org.). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2007.p. 207.
13. Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF, Moore N, Bégaud B. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population — characteristics of users and factors associated with subsequent use. *Eur J Clin Pharmacol*. 2001;57(5):419-25.
14. De Lima MS, Hotopf M, Mari JJ, Béria JU, De Bastos AB, Mann A. Psychiatric disorder and the use of benzodiazepines: an example of the inverse care law from Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(6):316-22.
15. Carrasco-Garrido P, Jlménez-García R, Astasio-Arbiza P, Ortega-Moliona P, Miguel AG. Psychotropics use in the Spanish elderly: predictors and evolution between years 1993 and 2003. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007;16(4):449-57.
16. Paterniti S, Dufouil C, Alperovitch A. Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the Epidemiology of Vascular Aging study. *J Clin Psychopharmacol*. 2002;22(3):285-93.
17. Blazer DG. The Myth, History, and Science of Aging. In: Blazer DG, Steffens DC, editors. *Textbook of Geriatric Psychiatry*. 4<sup>th</sup> Edition. Washington DC: The American Psychiatric Publishing; 2009.p. 3-18.

18. Ahmed A, Tollefsbol T. Telomeres and telomerase: basic science implications for aging. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(8):1105-1109.
19. Busse EW. Primary and secondary aging In: Maddox GL, Roth G, Atchley R, editors. *The Encyclopedia of Aging.* New York NY: Springer; 1987;p. 5-34.
20. Teixeira INDO, Guariento ME. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. *Rev C S Col.* 2010;15(6):2845-2857.
21. National Institute of Aging (NIH). Biochemistry and aging. In: *In Search of the Secrets of Aging.* Washington DC: National Institute of Aging; 1993. Disponível em: [http://www.healthandage.net/html/min/nih/content/booklets/in\\_search\\_of\\_the\\_secrets.htm](http://www.healthandage.net/html/min/nih/content/booklets/in_search_of_the_secrets.htm).
22. Troen BR. The Biology of Aging. *Mont Sinai J Med.* 2003;70(1):3-22
23. Schaie KW. *Intellectual development in Adulthood: The Seattle Longitudinal Study.* New York NY: Cambridge University Press 1996.
24. Schaie KW. *Developmental Influences on Adult Intelligence: The Seattle Longitudinal Study.* Oxford UK: Oxford Press 2005.
25. Roberts BW, Walton KE, Viechtbauer W. Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull.* 2006;132(1):1-25.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2011. *Sinopse do Censo Demográfico 2010.* Rio de Janeiro, 2011.
27. Camarano AA, Kanso S. (2009) *Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados.* Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA 2009. texto para discussão número: 1426, [www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td\\_1426.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1426.pdf).
28. Carvalho JAM, Garcia RC. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saude Publica.* 2003;19(3):725-33.

29. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein* 2008;6(Supl.1):S4-6.
30. Carvalho JA, Rodríguez-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saude Publica*. 2008;24(3):597-605.
31. Sternbach LH. The Benzodiazepine Story. *J Med Chem*. 1979;22(1):1-7.
32. Almeida LM, Coutinho Eda S, Pepe VL. Consumo de Psicofármacos em uma Região Administrativa do Rio de Janeiro: A Ilha do Governador. *Cad Saude Publica*. 1994;10(1):5-16.
33. Sabbi EH, Quevedo J, Almeida JTA. Emergências psiquiátricas no idoso. In: Kapcziski F, Quevedo J, Schmitt R, Chachamovich E, editors. *Emergências psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001.p. 205-11.
34. Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Firmo JO, Lima-Costa MF, Uchoa E. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):7-11.
35. Gleason PP, Schulz R, Smith NL, Newsom JT, Kroboth PD, Kroboth FJ, Psaty BM. Correlates and prevalence of benzodiazepine use in community-dwelling elderly. *J Gen Int Med*. 1998(4);13:243-50.
36. Windle A, Elliot E, Duszynski K, Moore V. Benzodiazepine prescribing in elderly Australian general practice patients. *Aust N Z J Public Health*. 2007;31(4):379-81.
37. Thomson M, Smith WA. Prescribing benzodiazepines for noninstitutionalized elderly. *Can Fam Physician*. 1995;41:792-8.

38. Johnell K, Fastbom J. The use of benzodiazepines and related drugs amongst older people in Sweden: associated factors and concomitant use of other psychotropics. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(7):731-8.
39. Cheng JS, Huang WF, Lin KM, Shih YT. Characteristics associated with benzodiazepine usage in elderly outpatients in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(6):618-24.
40. Sousa M. Perfil dos utilizadores de psicofármacos na Unidade de Saúde Familiar de Canelas. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23:33-42.
41. Rodrigues MA, Facchini LA, Lima MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):107-14.
42. Gasquet I, Medioni J, Lellouch J, Guelfi JD. Psychotropic prescription in non-psychiatric hospital settings. *Eur Psychiatry*. 2002;17(7):414-8.
43. Azermai M, Elseviers M, Petrovic M, Van Bortel L, Stichele RV. Geriatric drug utilization of psychotropics in Belgian nursing homes. *Hum Psychopharmacol*. 2011;26(1):12-20.
44. Tramunt GK, Belem da Silva CT, Nogueira EL, Ulrich LE, Bisol LW, Spanemberg L, Diefenthaler EC, Cataldo Neto A. Perfil dos pacientes idosos internados na Unidade de Psiquiatria de um hospital universitário do sul do Brasil. *Sci Med*. 2010;20(4):289-91.
45. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(7):316-25.
46. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, César CL. Prevalência de Transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1639-48.

47. Lader MH. Limitations on use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified? *Eur Neuropsychopharmacol.* 1999;9(suppl6):S399-405.
48. Valenstein M, Taylor KK, Austin K, Kales HC, McCarthy JF, Blow FC. Benzodiazepine use among depressed patients treated in mental health settings. *Am J Psychiatry.* 2004;161(4):654-61.
49. Assem-Hilger E, Jungwirth S, Weissgram S, Kirchmeyr W, Fisher P, Barnas C. Benzodiazepine use in the elderly: an indicator for inappropriately treated geriatric depression? *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009;24(6):563-9.
50. Van der Heyden JHA, Gisle L, Hesse E, Demarest S, Drieskens S, Tafforeau J. Gender differences in the use of anxiolytics and antidepressants: a population based study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2009;18(11):1101-10.
51. Sheikh JI, Cassidy EL. Treatment of anxiety disorders in the elderly: issues and strategies. *J Anxiety Disord.* 2000;14(2):173-90.
52. Cook JM, Biyanova T, Thompson R, Coyne JC. Older primary care patients' willingness to consider discontinuation of chronic benzodiazepines. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29(5):396-401.
53. Bogunovic OJ, Greenfield SF. Practical geriatrics: Use of benzodiazepines among elderly patients. *Psychiatric Serv.* 2004;55(3):233-5.
54. Landi F, Onder G, Cesari M, Barillaro C, Russo A, Bernabei R. Psychotropic medication and risk for falls among community-dwelling frail older people: an observational study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2005;60(5):622-6.
55. Bossé C, Prévaille M, Vasiliadis HM, Béland SG, Lapierre S. Suicidal Ideation, Death Thoughts, and Use of Benzodiazepines in the Elderly Population. *Can J Commun Ment Health.* 2011;30(1):1-13.