



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA

PRISCILA SABRINA POST

PREVALÊNCIA DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS

PASSO FUNDO, RS

2019

PRISCILA SABRINA POST

PREVALÊNCIA DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para
obtenção do título de Médica, pela Universidade Federal
da Fronteira Sul.

Orientadora: Prof^a. M. Sc. Daniela Teixeira Borges
Coorientadora: Prof^a. M. Sc. Bruna Chaves Lopes

PASSO FUNDO, RS

2019

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Post, Priscila Sabrina
Prevalência do uso de Benzodiazepínicos em Idosos /
Priscila Sabrina Post. -- 2019.
89 f.:il.

Orientadora: Mestre Daniela Teixeira Borges.
Co-orientadora: Mestre Bruna Chaves Lopes.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Medicina, Passo Fundo, RS , 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde do Idoso. 3.
Saúde Mental. 4. Hipnóticos e Sedativos. I. Borges,
Daniela Teixeira, orient. II. Lopes, Bruna Chaves,
co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul.
IV. Título.

PRISCILA SABRINA POST

PREVALÊNCIA DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado como requisito para obtenção do título de Médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientadora: Prof^ª. M. Sc. Daniela Teixeira Borges

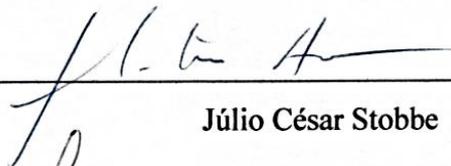
Coorientadora: Prof^ª. M. Sc. Bruna Chaves Lopes

Este trabalho de Conclusão de Curso foi defendido e aprovado pela banca em: 13/06/19

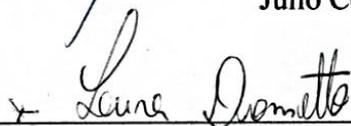
BANCA EXAMINADORA



Daniela Teixeira Borges



Júlio César Stobbe



Laura Dametto

Para Meg Post e Marry Currie

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Sistema Único de Saúde, a sua existência e constante evolução que possibilitou o cenário no qual ocorreu meu processo de aprendizagem e o desenvolvimento desse trabalho. As equipes de Estratégia de Saúde da Família da Marau, RS que me acolheram durante o planejamento e execução da pesquisa e principalmente aos idosos residentes em Marau que me receberam tão bem em sua residência e concordaram em participar desse estudo. A Universidade Federal da Fronteira Sul e seus idealizadores, obrigada pelo incentivo constante a pesquisa, o qual possibilitou minha identificação com a área. Aos professores do componente curricular Trabalho de Conclusão de Curso, Gustavo Olszanski Acrani e Ivana Loraine Lindemann que durante quase dois anos acompanharam atenciosamente e facilitaram a construção de cada passo desse projeto.

Meus profundos agradecimentos a Orientadora, Professora e Mestre em Saúde do Idoso Daniela Teixeira Borges que me inspirou e guiou em cada passo do estudo da saúde do idoso, possibilitando o surgimento da paixão pela área, assim como a inquietação e busca pela qualidade de saúde na atenção primária. Obrigada a Professora Bruna Chaves Lopes, a qual acompanhou o estudo e demonstrou a grandiosidade da área psiquiátrica e sua importância no cuidado do idoso, agradeço ainda ao Professor Júlio Stobbe e a Residente de Geriatria Laura Dametto que aceitaram fazer parte da banca avaliadora desse trabalho.

Por fim agradeço minha mãe, Marlene Adriane Hartke que sempre acreditou no meu sonho de tornar o mundo um lugar melhor, e durante o período de realização desse trabalho foi fator fundamental para que o aprendizado ocorresse de forma adequada. Obrigada ainda ao meu pai, Léo Post por todos os ensinamentos, apoio e sustento em todos os momentos e principalmente nos dois anos que o projeto foi desenvolvido. Agradeço a minha família e principalmente a meus avós, que tiveram participação ativa durante toda a minha vida, ajudaram a construir os valores e a moral que carrego, cada idoso que tenho contato tento transpassar um pouco do amor e cuidado incondicional que os primeiros idosos que conheci me proporcionaram, muito obrigada.

Queres ser médico, meu filho?
Essa é a aspiração de uma alma generosa,
De um espírito ávido de ciência.
Tens pensado bem no que há de ser tua vida?

Asclépio

RESUMO

Este volume traz o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado Prevalência do uso de Benzodiazepínicos em Idosos, realizado pela Acadêmica Priscila Sabrina Post e orientado pela Professora Daniela Teixeira Borges. Foi desenvolvido de acordo com o Regulamento do TCC e com as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal da Fronteira Sul e é composto pelo Projeto de pesquisa efetuado na disciplina de Pesquisa em Saúde na primeira metade de 2018, Relatório elaborado na disciplina de TCCI no segundo semestre de 2018, além do Artigo e das Considerações finais redigidos no início de 2019, em TCCII.

Palavras Chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde do Idoso. Saúde Mental. Hipnótico e Sedativo AD.

ABSTRACT

This volume includes the Course Completion Work titled Prevalence of Benzodiazepine use in the Elderly, accomplished by Priscilla Sabrina Post and guided by Professor Daniela Teixeira Borges. It was developed in accordance with the Course Completion Work Regulation and the norms of the Manual of Academic Works of the Universidade Federal da Fronteira Sul and is composed of the research project carried out in the discipline of Health Research in the first half of 2018, Report elaborated in the discipline of Course Completion Work I in the second half of 2018, in addition to the Article and the Final Considerations written at the beginning of 2019, in Course Completion Work II.

Keywords: Primary Health Care. Health of the Elderly. Mental Health. Hypnotic and Sedative AD.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 11 |
| 2. DESENVOLVIMENTO | 12 |
| 2.1. PROJETO DE PESQUISA | 12 |
| 2.1.1. Resumo | 12 |
| 2.1.2. Tema | 12 |
| 2.1.3. Problema | 12 |
| 2.1.4. Hipóteses | 13 |
| 2.1.5. Objetivos | 13 |
| 2.1.6. Justificativa | 13 |
| 2.1.7. Referencial teórico | 14 |
| 2.1.7.1. Transição demográfica e epidemiológica do Brasil | 14 |
| 2.1.7.2. O Município de Marau e as Estratégias de Saúde da família | 15 |
| 2.1.7.3. Fisiologia do Envelhecimento | 17 |
| 2.1.7.4. Aspectos psicológicos do envelhecimento e da velhice | 19 |
| 2.1.7.5. Doenças Psiquiátricas nos idosos | 21 |
| 2.1.7.6. Autonomia e Independência dos idosos | 22 |
| 2.1.7.7. Uso de psicofármacos em idosos | 23 |
| 2.1.7.8. Benzodiazepínicos | 24 |
| 2.1.7.9. Uso de Benzodiazepínicos em Idosos | 26 |
| 2.1.8. Metodologia | 28 |
| 2.1.8.1. Tipo de estudo | 28 |
| 2.1.8.2. Local e período de realização | 28 |
| 2.1.8.3. População e amostragem | 28 |
| 2.1.8.4. Variáveis e instrumentos de coleta de dados | 29 |
| 2.1.8.5. Logística | 30 |
| 2.1.8.6. Metodologia de análise de dados | 30 |
| 2.1.8.7. Aspectos éticos | 31 |
| 2.1.9. Recursos | 32 |
| 2.1.10. Cronograma | 32 |
| 2.1.11. Referências | 33 |

| | |
|--|-----------|
| 2.1.12. APÊNDICES | 37 |
| 2.1.13. ANEXOS | 48 |
| 2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA | 55 |
| 2.2.1. Apresentação | 55 |
| 2.2.2. Desenvolvimento | 55 |
| 2.2.2.1. Processo de Amostragem | 55 |
| 2.2.2.2. Tramitação Ética | 64 |
| 2.2.2.3. Coleta de Dados | 64 |
| 2.2.2.4. Perdas e recusas | 66 |
| 2.2.3. Considerações finais | 67 |
| 2.2.4. APÊNDICES | 68 |
| 2.2.5. ANEXOS | 71 |
| 3. ARTIGO CIENTÍFICO | 75 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 88 |
| 5. ANEXOS | 89 |

1. INTRODUÇÃO

Diante do cenário de envelhecimento populacional, no qual o Brasil se encontra, é necessário atentar aos cuidados de saúde desta população. Um dos grandes problemas a ser enfrentado é o consumo e prescrição de medicamentos inadequados para os idosos, como os Benzodiazepínicos, fármacos que agem de forma diferenciada no organismo dos idosos levando à dependência e aumento da probabilidade de quedas, diminuindo drasticamente a qualidade de vida dessa população.

Este trabalho visa estudar a prevalência do uso de Benzodiazepínicos em idosos do município de Marau, RS, quais as características sócio demográficas, de saúde e o grau de autonomia e independência destes usuários, assim como analisar quais os sentimentos e experiências que são despertadas nos idosos frente ao uso do medicamento, visto que são utilizados no tratamento de insônia, ansiedade e depressão.

Espera-se encontrar uma prevalência de usuários deste medicamento semelhante aos estudos aqui descritos. Quanto a pesquisa qualitativa, é esperado que, pela dependência causada por este fármaco, os idosos apresentem sentimentos negativos e positivos coligados com as experiências motivadoras de seu uso de acordo com a presença ou ausência do medicamento.

Para tanto, o estudo da população idosa do município de Marau, tem em vista a devolutiva da parceria da cidade com a Universidade Federal da Fronteira Sul. Sendo este município cenário de prática dos acadêmicos, é justo que com o levantamento de dados precisos sobre a prevalência do uso de Benzodiazepínicos, a população seja beneficiada por meio da disponibilidade de material para realizar atividades intervencionistas visando benefícios para o usuário, equipe de saúde e financiamento municipal, respectivamente, prevenindo quedas, iatrogenia e gastos decorrentes destes.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. PROJETO DE PESQUISA

2.1.1. Resumo

Este trabalho tem como objetivo verificar a prevalência do uso de Benzodiazepínicos em idosos do município de Marau, RS. Para isso será realizado um estudo transversal com 227 idosos (\geq 60 anos) de ambos os sexos, selecionados por conveniência entre os atendidos nas Estratégias de Saúde da Família que são vinculadas à Universidade Federal da Fronteira Sul. Serão coletados dados sócio demográficos, de situação e de comportamento de saúde para todos os entrevistados. Já os usuários de Benzodiazepínicos há mais de 6 semanas deverão responder perguntas acerca do consumo do mesmo, assim como serão orientados sobre o medicamento. Os dados serão duplamente digitados e analisados pelo *software* PSPP. A pesquisa só será realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Para avaliar as consequências emocionais do uso de Benzodiazepínicos por mais de seis semanas em idosos, será realizado estudo qualitativo por entrevista. A amostra será definida por saturação de respostas e estas analisadas por meio de técnicas sistemáticas de acordo com Bardin (2011). O uso de Benzodiazepínicos por mais de 6 semanas em idosos aumenta chances de queda, diminui qualidade de vida, e ocasiona muitas outras comorbidades e dependência, principalmente pela mudança na fisiologia com o envelhecimento e conseqüentemente alteração na farmacocinética e farmacodinâmica dos Benzodiazepínicos. Espera-se encontrar uma prevalência dentro do encontrado nos estudos brasileiros e relações com características de saúde e sociodemográficas, com relação a avaliação qualitativa, o efeito “bengalinha”, ou seja uso de sub-dose e dependência psicológica do uso de Benzodiazepínicos.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde do Idosos, Saúde Mental, Hipnótico e Sedativo AD.

2.1.2. Tema

Uso excessivo de Benzodiazepínicos por idosos.

2.1.3. Problema

Qual a prevalência do uso contínuo de Benzodiazepínicos em idosos?

Quais as características dos idosos usuários de Benzodiazepínicos?

Quais as influências emocionais do uso de Benzodiazepínicos?

2.1.4. Hipóteses

Espera-se encontrar uma prevalência de 18% de idosos usuários de Benzodiazepínicos na população de Marau.

Acredita-se que os idosos apresentarão influências emocionais, ou seja sentimentos positivos, negativos e experiências que serão despertadas frente à disponibilidade e à falta da medicação.

2.1.5. Objetivos

2.1.5.1. Objetivo Geral:

Verificar a prevalência do uso contínuo de Benzodiazepínicos em idosos.

2.1.5.2. Objetivo Específico:

Verificar a associação entre as características sócio demográficas e de saúde e o uso de Benzodiazepínicos.

Avaliar o grau de autonomia e independência dos idosos por meio do índice de Katz.

Analisar sentimentos e experiências que são despertados nos idosos em relação ao uso ou não uso dos medicamentos Benzodiazepínicos.

2.1.6. Justificativa

Estudos recentes comprovam alto índice de prescrição de medicamentos inapropriados para idosos na Atenção Primária de Saúde em diferentes localidades do Brasil. A localidade de Marau, RS segue este padrão. Em contato direto com as Estratégias de Saúde de Família do município é possível perceber muitos idosos usando medicamentos inapropriados, principalmente Benzodiazepínicos.

O município tem vínculo com a Universidade Federal da Fronteira Sul e é local de desenvolvimento de práticas pelos acadêmicos desde o primeiro semestre do curso de Medicina até o Internato. É modelo em Atenção Primária com 100% de cobertura de Estratégias de Saúde da Família (ESF) e seus prontuários são todos eletrônicos, facilitando a realização de pesquisas que envolvem coleta de dados e localização de pacientes em visitas domiciliares, como é o caso deste estudo.

Os medicamentos Benzodiazepínicos causam dependência e aumentam a chance de quedas entre os idosos por aumentar a sonolência. Essa pesquisa visa proporcionar a

possibilidade de contatar os idosos, avaliando tanto questões objetivas, como prevalência e associações ao uso de Benzodiazepínicos em idosos, seu grau de autonomia e independência e também questões subjetivas como o motivo de uso, modificações com o uso e motivo de não abandono desta medicação.

2.1.7. Referencial teórico

2.1.7.1. Transição demográfica e epidemiológica do Brasil

A Política Nacional do Idoso, define como idosa pessoa maior de 60 anos de idade, e tem por objetivo assegurar os direitos sociais daqueles com essa faixa etária. Essa política compreende uma população heterogênea, que se assemelha por sua fisiologia diferenciada das demais idades. Desse modo, pode parecer difícil estabelecer uma época específica para o envelhecimento devido às particularidades fisiológicas e às relações sociais de cada indivíduo (BRASIL, 2010).

O envelhecimento populacional se distingue do envelhecimento individual. O Brasil passa por uma transição demográfica onde a base de sua pirâmide aumenta, estima-se que, no ano de 2010, a população brasileira com mais de 60 anos era maior que 20 milhões de habitantes, desses, 55,5 % era mulheres e 44,5% eram homens (IBGE, 2011). “A participação dos idosos no total da população nacional mais do que dobrou nos últimos 60 anos; passou de 4,1% em 1940 para aproximadamente 11% em 2010.” (FREITAS; PY, 2011). Quando toda uma sociedade se encontra em processo de envelhecimento é necessário repensar as estratégias de cuidado e seus investimentos precisam ser redirecionados para assegurar a qualidade de vida prevista na Lei 8.842, anteriormente citada.

A mudança de perfil populacional ocorre de forma abrupta, para a qual o Brasil não se encontra preparado, gerando consequências negativas que se traduzem na mudança dos dados epidemiológicos, como o aumento progressivo na representatividade das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na morbidade e mortalidade, e também na mortalidade por causas externas ligadas a acidentes e violência (MENDES *et al.*, 2012).

O número de idosos brasileiros tende a crescer ainda mais nos próximos anos, contudo a perspectiva para o cuidado deles não é positiva, sabe-se da necessidade de atendimento especializado para essa população. Segue abaixo raciocínio exposto no apêndice adaptado para o Brasil do livro Cecil Medicina:

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia contabiliza 70 vagas de residência médica em Geriatria/ano nos serviços brasileiros da especialidade e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) informa que, em 2005, o Brasil contava com 5.564 municípios, ou seja, nessa velocidade de formação, haverá a necessidade de 80 ou mais anos para que se tenha um médico geriatra para cada município brasileiro. (CECIL, 2014 p.123)

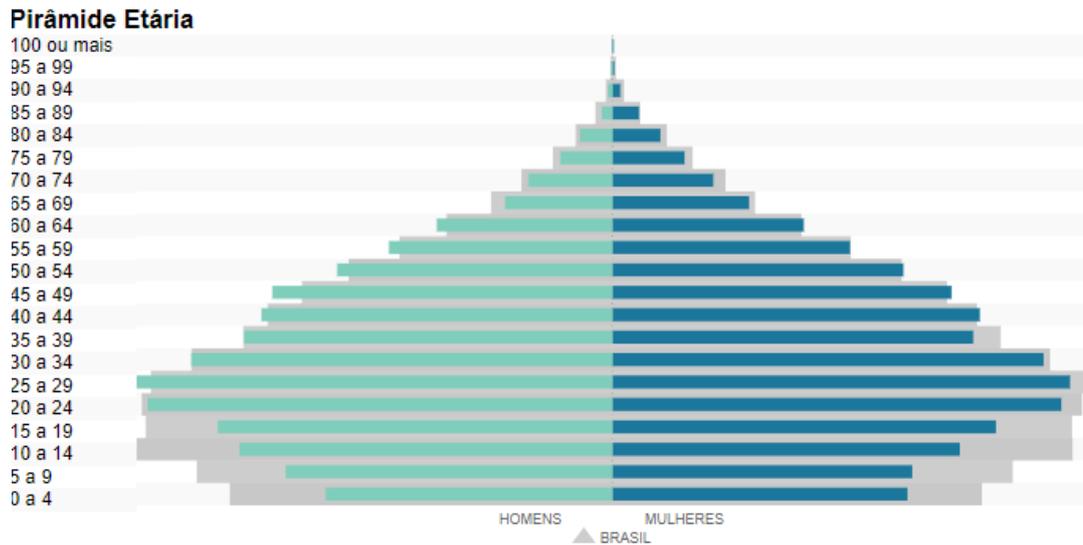
A preocupação com a falta de médicos e carência nos investimentos em saúde fez surgir novas alternativas para o cuidado da população idosa, uma destas opções é capacitar os médicos generalistas para atender as demandas específicas desse grupo. Entretanto, seja pela falta dessa capacitação, ou por outras questões ainda desconhecidas, muitos erros no tratamento e abordagem desses pacientes vem ocorrendo, chegar aos 70 anos já é de grande dificuldade sendo que as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, DCNT, têm respondido por um número elevado de mortes antes desta idade (IBGE, 2013).

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 mostrou forte associação dos fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras, sedentarismo e as doenças crônicas não transmissíveis com a perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação em suas atividades de trabalho e de lazer quando chegam a velhice. Estão ocorrendo falhas na prevenção e promoção de saúde para a população idosa brasileira, de acordo com pesquisa realizada em 2016, é elevada a prevalência do uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, contudo destaca que ainda são necessárias maiores pesquisas para avaliar esta população e outras iatrogenias cometidas com os idosos brasileiros (NASCIMENTO, 2016).

2.1.7.2. O Município de Marau e as Estratégias de Saúde da família

De acordo com a estimativa do IBGE, Marau possui aproximadamente 41mil habitantes, sendo sua maioria católica, branca possuindo entre 25 e 29 anos. A cidade ocupa uma área territorial de 649 mil km² na região do planalto médio, ficando a 28km de Passo Fundo e 269km de Porto Alegre, ao norte faz divisa com Passo Fundo e Mato Castelhana e ao sul com Vila Maria, Camargo e Soledade.

Imagem 1. Pirâmide etária da população de Marau, RS em 2010



Fonte: IBGE cidades.

Em 2015, a taxa de escolarização entre 6 e 14 anos era de 94,5% da população, a cidade possui onze escolas municipais de ensino fundamental, quatro estaduais e duas particulares, doze escolas destinadas a educação infantil. Marau envolve os mais diversos setores industriais como alimentos, couros, equipamentos e metal mecânico, o PIB per capita em 2015 era de 42.103 reais. A renda da cidade é incrementada pela atividade turística pela Rota das Salamarias, a cidade é grande produtora de leite e salame. Ainda conta com a agricultura familiar focada na produção de grãos, aves e suínos.

Em sua história, Marau foi colonizada por imigrantes italianos em 1904, inicialmente foi distrito da cidade de Passo Fundo, com o crescimento e a diversidade empreendedora se consolidou como município em 28 de fevereiro de 1955, mantendo seu nome indígena que representa a memória das batalhas pela ocupação de espaço.

Quanto aos dados de saúde, em 2014 a mortalidade infantil era de 11,39 óbitos por mil nascidos vivos, em 2016 ocorreu 0,1 internações de diarreia por mil habitantes, em 2009 possuía 16 estabelecimentos de saúde e 87,2% da população possuía sistema adequado de esgoto. O atual Secretário de saúde da cidade é Douglas Kurtz, que administra 13 Unidades básicas de saúde.

A Universidade Federal da Fronteira Sul, instituída em Passo Fundo no ano de 2013, realizou parcerias com os municípios vizinhos para proporcionar campos de atuação diversos aos estudantes de medicina. Entre estes campos está a cidade de Marau, hoje a cidade comporta a residência multiprofissional em saúde, atuação em atenção primária do internato e a atividade de imersão realizada por todos os estudantes de medicina da UFFS além de proporcionar

atividades extracurriculares como estágios na prática clínica. Os locais de prática da Universidade são as Estratégias de Saúde da Família Santa Rita, Centro Social Urbano, São José e Central 3.

A Estratégia de Saúde da Família Santa Rita possui estrutura completa, duas médicas, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um atendente, uma dentista, auxiliar de dentista, psicóloga, cinco agentes de saúde, faxineira e demais alunos e residentes da residência multiprofissional. Atualmente acompanha cerca de 4 mil pessoas dispostas nas áreas 19, 21, 22, 41 e 47 (Anexo 3).

A Estratégia de Saúde da Família Centro Social Urbano, conta com duas médicas, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um atendente, uma dentista, auxiliar de dentista, duas agentes de saúde, faxineira e alunos da graduação de Medicina da UFFS. A ESF atende as micro áreas 1, 2, 3, 4 e 46 (Anexo 4) importante destacar que a área 4 não será encontrada no mapa, pois é uma região rural da cidade. Principais fatores de risco dessa região é o uso de drogas e a vulnerabilidade social.

A Estratégia de Saúde da Família São José Operária possui em sua equipe uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma dentista e um auxiliar, uma psicóloga e uma farmacêutica e seis agentes de saúde as quais realizam o cuidado da população que reside nas micro áreas 27, 28, 29, 30 e 31 (Anexo 5). Já a Estratégia de Saúde da Família Central 3 comporta as micro áreas 14, 35, 42, 43 e 44 (Anexo 6) contando com uma médica, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista e auxiliar, farmacêutica, psicóloga, secretária e ainda cinco agentes de saúde.

2.1.7.3. Fisiologia do Envelhecimento

O conceito de finitude, não é bem aceito pelo ser humano, a velhice acompanha um histórico de se igualar a doença, de ser sinônimo de sofrimento. Na medicina, desde seus primórdios os curandeiros buscavam a “fonte da juventude”, cura para o envelhecimento, vontade que se perpetuou até o conto do Peter Pan na literatura, como as buscas estéticas por uma aparência mais jovem na sociedade atual. Esse preconceito contra a velhice, construído durante os séculos, dificulta a implementação de políticas para estes grupos, como explicito pelo Ministério da saúde:

O envelhecimento foi uma grande conquista da humanidade no último século, mas somente o aumento de pessoas idosas não garante aos cidadãos a dignidade para se viver com qualidade de vida. O envelhecimento da população brasileira é uma conquista que resulta em demandas trazidas pela parcela idosa, no âmbito do SUS. (BRASIL, 2010 p.22)

O processo fisiológico do envelhecimento é muito individual sofrendo influências multifatoriais, para tanto nem sempre a aparência e capacidade reflete a idade que se espera de uma pessoa. A verdade é que até hoje a medicina não desvendou o “mistério” do envelhecimento, de acordo com Freitas e Py (2011), estamos a procura de um padrão normal de velhice e continuamos com o desafio de distinguirmos entre as alterações relacionadas com doenças, idade e as interferências do estilo de vida.

Sabe-se que os pacientes idosos diferem das outras faixas etárias em muitos aspectos, como pela multimorbidade, risco de deficiência e dependência que aumenta com a presença de algumas doenças. Além disso, a fragilidade, comorbidades e incapacidade são comuns e geram um círculo vicioso deixando o idoso cada vez mais dependente (CECIL, 2014).

Freitas e Py, (2011) dividem as alterações ocorridas nos idosos em estruturais, bioquímicas, metabólicas e circulatórias, da marcha, postura e do equilíbrio, do sono e da memória. Quanto as alterações estruturais, ocorre perda do volume cerebral de 2-3% por década depois dos 50 anos, já a perda neuronal está limitada a alguns locais. As células da glia aumentam com o envelhecimento, a gliose protege a função neuronal dos danos. A reação de plasticidade neuronal sempre ativa realizando a manutenção cerebral, mas mesmo assim a cognição pode sofrer certa deterioração. Ocorrem ainda perda da sensação vibratória, do tato e da dor, assim como a disfunção autonômica por alteração dos nervos periféricos.

Já as alterações bioquímicas se dão mais no equilíbrio dos neurotransmissores. As alterações metabólicas e circulatórias são traduzidas em diminuição da água extra e intracelular do cérebro, lentidão da síntese proteica, aumento na oxidação das proteínas e sua glicolização, diminuição da síntese lipídica, contudo do fluxo sanguíneo e o consumo de oxigênio não se alteram, a não ser em casos de aterosclerose. A barreira hemato-encefálica torna-se permeável a muitas substâncias.

Quando falamos em marcha, postura e equilíbrio, deve-se lembrar que a instabilidade postural representa um dos gigantes da geriatria devido às suas complicações. Principalmente na mulher, ocorre a alteração da marcha com o avanço da idade. As características da marcha do idoso são certa hesitação no andar, menor balanço dos braços e passos menores, ao mudar de direção faz a volta com o corpo em bloco. O maior problema quanto aos distúrbios da marcha é a queda com todas as complicações que esta possa trazer.

O ciclo sono-vigília se modifica com o envelhecimento, prejudicando o sono do idoso, vários fatores fisiológicos estão envolvidos como a secreção diminuída de melatonina pela hipófise, o sono REM não se altera, mas o não-REM sofre muitas alterações que geram insônia,

sonolência diurna, despertares durante a noite e sono pouco reparador, mau humor, diminuição da memória, cefaleia e até depressão. A respiração também sofre alterações 60% dos homens e 45% das mulheres roncam após os 60 anos.

Quanto as alterações na memória, a reflexa, medular, sensorial e implícita pouco se alteram com o envelhecimento. Contudo, a memória episódica começa a diminuir por volta dos 30 anos e declina, progressivamente (FREITAS; PY, 2011).

Geriatría é considerada a especialidade das escalas, mas mesmo com diversos mecanismos de rastreamento e diagnóstico, nem sempre é possível chegar ao problema do paciente, “à medida que nos afastamos de fenômenos físicos, envolvemo-nos com o problema de executar medidas de variáveis que não podem ser diretamente observáveis, tais como depressão, ansiedade, demência [...]” (FREITAS; PY, 2011).

Para avaliar questões neuropsiquiátricas é preciso o profundo conhecimento do funcionamento psíquico e neuronal do paciente idoso.

2.1.7.4. Aspectos psicológicos do envelhecimento e da velhice

A atenção básica, porta de entrada do usuário do sistema de saúde, necessita estar preparada para o atendimento multiprofissional e para todas as demandas da comunidade de abrangência, muitos são os problemas levados a consulta neste meio “[...] em torno de 60% das vezes, o principal motivo da procura de atendimento é um problema de saúde mental[...]” (GUSSO; LOPES, 2012), sendo assim todo médico em algum momento de sua profissão irá se deparar com o enfrentamento de um problema neuropsiquiátrico.

Ao tratarmos dos distúrbios mentais nos idosos estes dados não são diferentes, problemas mentais são decorrentes de doenças que aumentam sua prevalência com a idade, não sendo parte do processo normal do envelhecimento, de acordo com Cecil, (2014) estes distúrbios são a principal causa de incapacidade no idoso e contabilizam 50% da incapacidade funcional, de 15 a 25% dos idosos sofrem de condições neuropsiquiátricas graves.

Para tanto, o médico da atenção básica precisa estar atento a particularidade dos idosos também na questão psiquiátrica, Gusso e Lopes, (2012) enfatizam que a repercussão emocional de uma doença nunca deve ser menosprezada, necessitando ser levada em conta como fator desencadeante de doenças [...], pois pode - por si só - levar a uma situação regressiva ou à vivência à de algum tipo de perda principalmente quando se fala de uma população que possui maior probabilidade de desenvolver múltiplas doenças, aumentando sua chance de desenvolvimento de distúrbios neuropsiquiátricos.

“Não há saúde sem saúde mental”, mesmo com esta frase brilhante que também é compartilhada pela definição de saúde da OMS e na legislação brasileira, ainda muitos médicos generalistas, seja por preconceito, medo ou falta de capacitação, não se sentem seguros em atender pacientes com distúrbios psiquiátricos (DUNCAN *et al.*, 2013; BRASIL, 1990).

Gusso e Lopes (2012), destacam três opções para médicos que se deparam com questões de saúde mental, a primeira é o manejo sozinho da situação, se o profissional estiver apto a abordagem da saúde mental. O médico pode dar o atendimento continuado com o auxílio e apoio de um profissional de saúde mental, por meio de Matriciamento com o NASF (Núcleo de apoio a Saúde da Família) ou por consulta ao Telessaúde e pode ainda encaminhar a pessoa a um psiquiatra ou serviço psiquiátrico para consulta. Sabemos, entretanto que o encaminhamento para um psiquiatra pode levar tempo dependendo da estrutura de cada município, por isso a busca de informações e o rompimento com o preconceito são fundamentais a fim de evitar a iatrogenia para com pacientes, principalmente nos propensos ao agravamento de doenças neuropsiquiátricas como os idosos.

A saúde mental do idoso compreende modificações fisiológicas e psicológicas que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento. Quanto ao envelhecimento cognitivo, Freitas e Py (2011), destacam sua variabilidade individual, e a alteração nas inteligências estudadas pela Psicometria, que são um dos principais aspectos cognitivos dos idosos. Ainda há as questões subjetivas que envolvem o envelhecimento, como o bem estar que é mediado pela personalidade e pelo *self*, (estrutura de conhecimentos sobre si mesmo) os idosos apresentam maior bem-estar subjetivo do que os jovens e ainda sobre questões de percepção de saúde tanto subjetiva como objetiva variam de acordo com fatores de personalidade, *self* e mecanismos reacionais.

O envelhecimento acarreta risco aumentado de doenças, dor, incapacidade, afastamento e eventos de vida adversos, sobre os quais os idosos têm pouco controle. Desvantagens econômicas, sociais e educacionais a longo prazo podem potencializar esses riscos. Os componentes cognitivos e afetivos do bem-estar subjetivo e os mecanismos de auto regulação do *self* são importantes fatores de proteção, contribuindo para a manutenção da resiliência psicológica e, por meio dela, para o funcionamento e a participação dos idosos. (FREITAS; PY, 2011 p.1505)

Frente à análise do trecho de Freitas, a situação de fragilidade do idoso é evidente fator agravado pela falta de estruturação pessoal e familiar para lidar com as questões do envelhecimento. A dinâmica estresse-enfrentamento é exemplo do forte potencial estressor a qual os idosos estão expostos, a forma como lidam com essas questões, o enfrentamento, depende das condições de assistência social, familiar, influências culturais e como construíram suas estratégias de enfrentar o estresse ao longo da vida.

O acúmulo de experiências na trajetória da vida proporciona ao idoso a sabedoria e criatividade ambas são fruto da inteligência cristalizada sendo a primeira de maior manifestação na velhice. Juntamente com o processo de envelhecimento ocorre a gerotranscendência descrita como “[...] capacidade superior de autor regulação emocional, de compreensão da vida e da morte, de avaliação da própria trajetória e da subordinação dos elementos imediatos e materiais da experiência humana a uma ordem superior.” (FREITAS; PY, 2011) Para poder entender o paciente de forma biopsicossocial, cabe aos médicos se permitirem a uma visão romantizada do viver e do morrer e se livrem de preconceitos acerca de religiões e espiritualidade, permitindo ao paciente transmitir sem medo seus ideais quanto a gerotranscendência e discutir estes aspectos com imparcialidade, sempre com o foco na qualidade de vida.

2.1.7.5. Doenças Psiquiátricas nos idosos

Serão abordadas principalmente depressão, ansiedade e brevemente os transtornos de sono em idosos, sendo que para estas doenças são as maiores indicações do uso de Benzodiazepínicos em idosos. A depressão é muito prevalente em indivíduos idosos, apesar de estudos na comunidade apontarem para uma variável de 4,8% a 14,6% de idosos com depressão (FREITAS; PY, 2011). Borges (2012), em estudo transversal na região de Passo Fundo, apontam como 21,2% de prevalência de depressão de idosos de uma ESF, usando a Escala de Depressão Geriátrica GDS-15 para classificá-los.

Os sintomas que compõem a depressão em idosos são diferenciados, e para tanto necessitam de busca ativa para realizar o diagnóstico. Estes queixam-se mais de sintomas somáticos e cognitivos do que dos comuns sintomas de alteração de humor e culpa, os idosos sentem em sua maioria fadiga, retardo psicomotor, desesperança, alteração de memória, principalmente a episódica e concentração. Quanto ao tratamento é indicado o biológico, com fármacos e o não biológico, a psicoterapia, sendo que a associação dos dois eleva a resposta do paciente. (FREITAS; PY, 2011)

Ansiedade, por sua vez é uma entidade que compõem diversos transtornos, entre eles agorafobia, pânico, fobias, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno de estresse agudo, cada um destes possui suas especificidades nos idosos. O tratamento destas são baseados na utilização de Benzodiazepínicos, sendo que sua indicação é restrita a casos de extrema necessidade e somente com associação de antidepressivos, mesmo assim os primeiros devem ser utilizados por curto tempo.

Quanto aos Transtornos de sono, nos idosos, como já explicado, fisiologicamente ocorrem alterações no padrão de sono e consequente insatisfação com sua qualidade. Os idosos costumam dormir em torno de 6 horas, sendo seu sono mais superficial e menos reparador, para tanto também são administrados Benzodiazepínicos, apesar de que a principal ação necessária seria a realização da higiene do sono. (FREITAS; PY, 2011)

2.1.7.6. Autonomia e Independência dos idosos

De acordo com Costa *et al.* (2018) os artigos brasileiros, na área da saúde que pontuam a Funcionalidade de Idosos nas atividades cotidianas, demonstram que o campo que estuda grau de autonomia e independência dos idosos ainda não está saturado. Para César *et al* (2015), a capacidade de realizar as atividades de vida diária e conviver em grupos evita que os idosos desenvolvam sintomas depressivos, enfatizando a necessidade do estudo desta variável nesta faixa etária

O Índice de Kats, já adaptado para a população brasileira, foi desenvolvido para estudar idosos e doentes crônicos. As notas do Índice resumem o desempenho geral em banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação. Mais de 2.000 avaliações de 1.001 indivíduos demonstraram o uso do Índice como instrumento de pesquisa. O Índice é baseado na função biológica e psicossocial primária, refletindo a adequação da resposta neurológica e locomotora organizada. (Katz, 1963) Para tanto, este questionário mostra-se o mais adequado para avaliar o grau de independência e autonomia dos idosos da população de Marau.

O Ministério da Saúde indica o uso do Índice de Katz para a avaliação das condições do idoso para realizar as atividades básicas de vida diária e, assim, avaliando seu grau de independência e autonomia. O Teste pode ser realizado por qualquer membro da equipe técnica multiprofissional da Unidade Básica de Saúde. Quanto a avaliação dos resultados obtidos a pontuação varia de 0 (ZERO) a 6 (SEIS) pontos, onde 0 (ZERO) indica total independência para desempenho das atividades e 6 (SEIS), dependência (total ou parcial) na realização de todas as atividades propostas. A pontuação intermediária indica a dependência total ou parcial em quaisquer das atividades e deverá ser avaliada individualmente. (BRASIL, 2006).

Em um estudo quantitativo, transversal, descritivo, com 42 idosos, Nascimento *et al.* (2018), analisou a funcionalidade, destes por meio do Índice de Katz obtendo uma média de $5,6 \pm 0,6$ pontos, com 97,3% apresentando-se independentes quanto as ABVD's. No Índice de Katz, a categoria que apresentou maior prevalência de incapacidade, foi a continência, com 23,8% dos entrevistados afirmando não conseguir ter controle nas fezes e urina.

2.1.7.7. Uso de psicofármacos em idosos

Estudo conduzido no Brasil, apresentou que entre os idosos que buscavam assistência na Atenção Básica 39,8% apresentavam transtornos depressivos (CAETANO; STELA, 1999). Frente a esta prevalência o médico generalista deveria estar preparado para atender as demandas relacionadas a saúde mental, principalmente na prescrição de psicotrópicos. Contudo, a equipe de saúde ainda apresenta grande dificuldade em selecionar medicamentos adequados aos idosos, frente as diversas alterações fisiológicas e patológicas que apresentam e o perfil diferenciado da farmacocinética e farmacodinâmica destes fármacos no organismo do idoso (NASCIMENTO, 2016). Hales, Yodofsky e Gabbard (2012) atentam para o reconhecimento dos sintomas alvo em psiquiatria, dessa forma o tratamento utilizando psicofármacos é administrado de forma correta e é mais prático de monitorar a resposta do paciente durante o tratamento.

Infelizmente, os profissionais da saúde continuam reproduzindo receitas e diagnósticos, sem dialogar com o saber científico sobre cada pessoa em sua singularidade. Alfena, (2015) destaca a necessidade de um novo referencial no atendimento em saúde mental na atenção primária, ela enfatiza a necessidade da medicina centrada na pessoa, da singularidade no atendimento para muito além do uso de psicofármacos agregando terapias alternativas como complemento do tratamento em saúde mental.

É importante atentar na prescrição de psicotrópicos, pois estes são “[...] substâncias químicas que atuam sobre a função psicológica e alteram o estado mental. Estão incluídos nessa definição medicamentos com ações antidepressiva (antidepressivos), alucinógena (alucinógenos) e/ou tranquilizante (ansiolíticos e antipsicóticos)” (BVS, 1998).

Em estudo de base populacional conduzido na cidade de São Paulo verificou-se uma prevalência de 12,2% de utilização de psicotrópicos entre os idosos residentes no município, destes 7,2% eram antidepressivos, 6,1% Benzodiazepínicos e 1,8% antipsicóticos. Evidenciando que cerca de um em cada dez idosos do município de São Paulo consome psicotrópicos, com destaque para os Benzodiazepínicos, considerados inapropriados segundo os critérios de Beers (NOIA, 2012).

Esses medicamentos são considerados perigosos para idosos e devem ser prescritos com muita cautela, devido as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas dessa população. As alterações farmacocinéticas dos medicamentos nos idosos são a lentificação da absorção e consequente retardo no início de ação dos fármacos, declínio da função hepática local onde os

psicofármacos são metabolizados gerando retardo na sua eliminação e redução da função renal que acarreta no acúmulo da droga e seus metabólitos no organismo. Na farmacodinâmica, deve-se lembrar que os idosos são mais sensíveis aos efeitos terapêuticos e aos efeitos colaterais dos psicofármacos, ainda ocorre redução dos receptores de dopamina, de acetilcolina, de GABA, este último estando ligado ao aumento do efeito dos Benzodiazepínicos nos idosos, ocorrem mudanças nos receptores beta adrenérgicos e nos adenoreceptores, dessa forma psicofármacos com potenciais efeitos hipotensivos como os Benzodiazepínicos são mais prováveis de causar hipotensão postural, síncope e quedas. (FREITAS; PY, 2011)

Frente as questões abordadas “[...] a escolha do medicamento para o tratamento de idosos deve dar-se de forma meticulosa, uma vez que o uso de alguns princípios ativos nesta faixa etária pode originar mais riscos que benefícios [...]” (BEERS *et al.*, 2000). Para evitar iatrogenias no uso de fármacos em idosos, em 1991 foram criados os critérios de Beers, eles tem o objetivo de listar os medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) para idosos, estes critérios forma sendo atualizados em parceria com a *American Geriatrics Society (AGS)*, a última atualização ocorreu em 2015, sendo a lista composta por: (1) MPI para idosos; (2) MPI para idosos devido a interações com doenças ou síndromes; (3) medicamentos que devem ser utilizados com cautela em idosos; (4) lista de interações medicamentosas que devem ser evitadas em idosos; (5) medicamentos que devem ser evitados ou ter sua dose reduzida em idosos com disfunção renal; e (6) medicamentos com propriedades anticolinérgicas pronunciadas (AGS, 2015).

As opiniões sobre o uso de psicotrópicos em idosos divergem, mas a grande maioria dos estudos apontam os desfechos negativos. As alterações desses fármacos e a resposta dos indivíduos ao longo dos anos de tratamento pode apresentar balanço benefício-risco desfavorável para indivíduos idosos. (NASCIMENTO, 2016) Alfena (2015), acredita que “nada no campo da saúde mental, vai ser melhor, do que encorajar a redução ou retirada de drogas psicotrópicas”.

2.1.7.8. Benzodiazepínicos

Os Benzodiazepínicos (BDZ) são ansiolíticos e sedativos muito eficazes e possuem propriedades miorrelaxantes, amnésicas e anticonvulsivas, podem ser classificados em ansiolíticos ou hipnóticos, os BDZ ansiolíticos são Alprazolam, Clordiazepóxido, Clonazepam, Clorazepato, Diazepam, Lorazepam e Oxazepam e os hipnóticos são o Estazolam, Flurazepam, Quazepam, Emazepam e o Triazolam. Destes os disponibilizados pelo SUS são o Clonazepam

2,5mg/ml e o Diazepam de 5mg/ml, 5mg e de 10 mg (HALES; YUDOFISKY; GABBARD, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Como indutores do sono e ansiolíticos, os BDZs diminuem o tempo para induzir o sono e aumentam a duração do sono, estes efeitos caem quando seu uso se torna prolongado. Quando usado com a função de anticonvulsivante, principalmente o Clonazepam, possui longa duração e é eficaz no tratamento da epilepsia. (RANG; DALE, 2007).

O mecanismo de ação dos BDZ se baseia em facilitar a inibição promovida pelo ácido γ aminobutírico (GABA). Estes são escolhidos pela sua ação rápida e potência, por este motivo deve-se atentar a associação de BDZ com outras substâncias que desempenham essa mesma ação, como álcool, barbitúricos e analgésicos opióides. Caso administrado conjuntamente com substancias depressoras do SNC o paciente pode apresentar tonturas, desinibição e depressão respiratória grave (HALES; YUDOFISKY; GABBARD, 2012; SILVA, 2012).

Os pacientes costumam realizar a automedicação de Benzodiazepínicos, o mais comum é o aumento da dose recomendada, fato que gera um círculo vicioso devido a tolerância causada pelo medicamento. Esses medicamentos devem ser usados por curto tempo, quando seu uso ultrapassa 6 semanas podem provocar tolerância, dependência, crises de abstinência, agressividade e baixo controle de impulsos. Existem medicamentos próprios para tratar transtornos de ansiedade a longo prazo, como por exemplo os antidepressivos tricíclicos (ANDREATINI; BOERNGEN-LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001; HALES; YUDOFISKY; GABBARD, 2012; ORLANDI; NOTO, 2005).

Além do uso prolongado, as características farmacológicas e a lipossolubilidade dos BDZs também são fatores que influenciam no processo de dependência. Os BDZs com tempo de meia-vida menor, (Oxazepam, Lorazepam e Alprazolam) e que possuem alta lipossolubilidade apresentam maior potencial de dependência. Quanto maior o tempo de uso dos BDZs, mais difícil será a interrupção do tratamento e maior será a chance de manifestação da síndrome de abstinência (AMARAL; MACHADO, 2012).

Quando um paciente está em uso de Benzodiazepínicos a mais tempo que o recomendado é importante iniciar o desmame do medicamento, se realizado de forma correta os sintomas da retirada serão leves, contudo se a retirada for rápida são grandes as probabilidades de confusão mental, alucinação e convulsões (LADER, 2007).

2.1.7.9. Uso de Benzodiazepínicos em Idosos

O uso de Benzodiazepínicos em idosos envolve particularidades farmacológicas. Por serem lipofílicos seu volume de distribuição aumenta com a idade, ou seja tem ação inicial rápida e efeito de curta duração, sua sensibilidade também aumenta, pois o processo de envelhecimento afeta os receptores deste fármaco no Sistema nervoso central. Quanto mais comorbidades os idosos possuírem maiores serão as reações adversas e alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos Benzodiazepínicos. (FREITAS; PY, 2011)

Quanto aos efeitos colaterais mais comuns atribuídos aos Benzodiazepínicos, Freitas e Py, (2011) destacam a sonolência, fadiga, fraqueza, prejuízo da coordenação motora e alterações cognitivas, em virtude destas e outras consequências do uso não se recomenda utilizar Benzodiazepínicos em idosos por mais de 6 semanas.

Em Revisão sistemática, Basile (2014) conclui que os benefícios do uso de Benzodiazepínicos em idosos não sobrepõem os malefícios que causam. Especificamente na questão da queda, está se demonstra em maior risco no período da manhã. Estudos demonstram que ao invés de auxiliar a qualidade de vida os Benzodiazepínicos trazem grande prejuízo, podendo considerar esta característica também como efeito colateral destes medicamentos (BASILE, 2014; TOMAZ *et al.*, 2018; SOUTO *et al.*, 2017)

Quando há necessidade de utilizar Benzodiazepínicos como terapêutica em idosos, Freitas e Py (2011) recomendam o uso de doses mais baixas, descritas na tabela abaixo. Estas ainda sugerem o fracionamento da dose em 2 a 3 vezes ao dia e nunca ultrapassar o uso destas mais de 6 semanas, pois o uso prolongado de Benzodiazepínicos é um problema frequente entre idosos.

Tabela 1. Características farmacológicas e dose diária média de Benzodiazepínicos.

| Ação | Fármaco | T _{1/2} (h) | Metabó litos ativos | Ação Ansio lítica | Ação Hipn ótica | Potência | Dose diária média (mg) Para Idosos |
|---------------|-----------------|----------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------|----------|---------------------------------------|
| Curta | Midazolam | 1 a 10 | Sim | + | +++ | NA | 3,75 a 7,5 |
| | Triazolam | 1,7 a 5 | Sim | + | +++ | NA | 0,065 a 0,125 |
| Intermediária | Alprazolam | 12 a 20 | Não | ++ | + | Alta | 0,25 a 3,0 |
| | Bromazepam | 8 a 30 | Sim | ++ | + | Alta | 1,5 a 3,0 |
| Longa | Lorazepam | 10 a 20 | Não | +++ | ++ | Alta | 0,5 a 3,0 |
| | Clordiazepóxido | 7 a 25 | Sim | ++ | ND | Baixa | 5 a 50 |
| | Clonazepam | 18 a 56 | Sim | ++ | + | Alta | 0,5 a 4,0 |
| | Diazepam | 20 a 90 | Sim | +++ | ++ | Média | 2 a 15 |
| | Flurazepam | 40 a 114 | Sim | + | +++ | Média | 7,5 a 15 |
| | Nitrazepam | 15 a 48 | Não | + | +++ | Alta | 2,5 a 5 |

Fonte: Adaptada de Freitas, 2011.

Em estudo epidemiológico de base populacional que avaliou os medicamentos potencialmente inapropriados para idosos os destacaram-se os Benzodiazepínicos (n=89 ou

12,8%). Quanto a proporção de uso de cada medicamento, estudo realizado em um Município de Minas Gerais classificou como mais utilizado o Clonazepam (68%), seguido do Diazepam (26%), Lorazepam (4%) e Bromazepam (2%) (NASCIMENTO, 2016; SOUTO *et al.*, 2017).

A Prevalência do uso de Benzodiazepínicos varia entre os estudos, Alvim (2017), em estudo realizado no Brasil, avaliaram 400 idosos por meio de estudo Transversal com inquérito domiciliar. A variável dependente utilizada foi o uso contínuo de Benzodiazepínicos, já as independentes englobaram variáveis socioeconômicas, referentes a saúde do idoso e aplicação do Mini exame do Estado Mental. Frente a análise Alvim concluiu que “a prevalência de uso de Benzodiazepínicos foi de 18,3% (IC95% 15,2-21,6). A maioria dos Benzodiazepínicos utilizados possui meia vida de eliminação longa (59,2%) e o tempo de uso foi considerado prolongado em 85,5% dos usuários.”

Barbosa e Marasciulo (2007), também estudaram a prevalência do uso de Benzodiazepínicos nos idosos brasileiros, seguindo o modelo de estudo Transversal e utilizando uma amostra de 113 idosos, avaliados por questionário realizado em visita domiciliar. As variáveis independentes utilizadas foram gênero, idade, estado civil, ocupação, escolaridade, o fato de morar sozinho, BZD utilizado, tempo de utilização, dose média diária, indicação de uso referida, local de aquisição dos medicamentos, morbidades referidas e medicamentos utilizados no momento da entrevista. As conclusões obtidas por Barbosa foram:

Prevalência de uso de 12,39%, e foi maior no gênero feminino e no baixo grau de escolaridade. O BZD mais utilizado foi o Bromazepam, e a dose média diária foi de 6,96mg de Diazepam. O tempo de uso médio foi de 11,57 anos e insônia foi a indicação de tratamento mais relatada. A aquisição através do posto de saúde foi encontrada em 64,28% dos usuários. (BARBOSA; MARASCIULO, 2007 p.25)

Para Freitas e Py (2011), qualquer paciente em uso contínuo de Benzodiazepínicos por mais de 6 meses deve passar pela retirada gradual do medicamento, porém frente aos resultados dos estudos analisados pode-se enfatizar que na realidade não é o que está acontecendo e cada vez mais os idosos estão sujeitos aos efeitos colaterais do uso prolongado destes fármacos.

2.1.8. Metodologia

2.1.8.1. Tipo de estudo

Estudo misto, com abordagem qualitativa e quantitativa. O estudo quantitativo será do tipo epidemiológico, observacional, de natureza transversal, descritivo e analítico. Já o estudo Qualitativo será baseado na análise de conteúdo categorizado de Bardin (2011).

2.1.8.2. Local e período de realização

O estudo será realizado em Marau, RS, no período de agosto de 2018 até julho de 2019.

2.1.8.3. População e amostragem

A população de estudo será constituída de idosos (≥ 60 anos) de ambos os sexos, usuários da Atenção Primária de Saúde de Marau, RS.

A amostra do tipo não probabilística, será selecionada nas quatro unidades de saúde vinculadas com a UFFS (Santa Rita, Centro Social Urbano, São José e Central 3).

Os participantes serão identificados a partir de relatórios gerados do cadastro de usuários do Sistema Único de Saúde do município. Considerando-se o total de idosos de cada unidade de interesse, será realizada uma amostragem proporcional para atingir o n de 227 participantes. O cálculo do tamanho da amostra foi feito com base em uma prevalência de uso de Benzodiazepínicos estimada em 18%, com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5 pontos percentuais.

Da lista de idosos cadastrados em cada unidade será sorteado aleatoriamente e proporcionalmente o número necessário para compor a amostra de cada local. De cada idoso sorteado em cada unidade, será consultado o prontuário para coletar dados de nome, endereço, telefone, sexo, idade, uso de Benzodiazepínicos (tempo de uso, tipo, posologia e justificativa de prescrição) e comorbidades.

Posteriormente, será realizado visita domiciliar aos 227 usuários, para aplicação de questionário para coleta de dados adicionais acerca de características sócio demográficas, de situação e de comportamento de saúde.

Serão excluídos os idosos que apresentarem doença que os impeça de responder o questionário. Caso o idoso possua cuidador, este não poderá responder o questionário pelo idosos.

O questionário quantitativo se encontra no Apêndice A e é dividido em duas partes, uma que será coletada no prontuário e outra que será preenchida em Visita Domiciliar.

Dentre os idosos em uso de Benzodiazepínico por tempo ≥ 6 semanas será selecionada uma amostra para realização de estudo qualitativo. Os dados serão coletados por meio de entrevista (Apêndice B), sendo o tamanho da amostra definido por saturação das respostas. As entrevistas serão gravadas e os áudios serão transcritos, codificados e categorizados seguindo os procedimentos de exploração com técnicas sistemáticas de Bardin (2011).

2.1.8.4. Variáveis e instrumentos de coleta de dados

A variável dependente escolhida é o uso de Benzodiazepínicos por ≥ 6 semanas. As variáveis independentes são distribuídas em três blocos. Bloco 1 contém as variáveis sócio demográficas, que são sexo, idade, situação conjugal, etnia, escolaridade, ocupação, arranjo domiciliar e renda média estimada.

O bloco 2 contém as variáveis referentes à saúde do idoso incluindo comorbidades (classificadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID 10, pela OMS em 1997), presença de cuidador, autopercepção de saúde, plano de saúde, tabagismo (Teste de Fageström de acordo com a Biblioteca Virtual em Saúde), atividade física e medicamentos utilizados. (BVS, 1998)

Já o bloco 3 contém as variáveis específicas relacionadas ao uso dos Benzodiazepínicos, são elas, o Benzodiazepínico utilizado, dose média diária, indicação de uso referida e médico que prescreveu (ESF, Emergência, outro).

As variáveis quantitativas estão descritas no apêndice A, estas serão avaliadas por meio de questionário aplicado por entrevistador.

Será aplicado para avaliação do grau de independência e autonomia de todos idosos entrevistados o Índice de Katz (Anexo 1), as atividades avaliadas nele são: banho, vestir, banheiro, transferência, continência e alimentação. Para cada item há uma padronização que indica a independência, dependência parcial ou dependência total para a realização das atividades básicas que deverá ser perguntado ao idoso e assinalado conforme a resposta apresentada. As alternativas que o idoso deverá escolher em relação a cada atividade serão: sem ajuda, a qual significa que o idoso consegue realizar a atividade sem nenhum auxílio; com ajuda parcial, que significa que o idoso só consegue realizar a atividade se receber auxílio parcial de outra pessoa; ou ainda com ajuda total que significa que o idoso depende totalmente de outra pessoa para o desempenho da atividade. (BRASIL, 2006)

Para a pesquisa qualitativa será realizando primeiramente, o Mini Exame do estado mental (Anexo 2) com o objetivo de avaliar a lucidez e coerência do paciente no momento da entrevista (BRASIL, 2006)

Os dados qualitativos serão coletados por meio de perguntas abertas (Apêndice B) com respostas gravadas, a referenciação dos índices e elaboração de indicadores, serão realizadas após a leitura do material obtido caracterizando a pesquisa exploratória.

2.1.8.5. Logística

Serão selecionados pelo sistema da lista de idosos cadastrados em cada unidade e serão sorteados aleatoriamente e proporcionalmente o número necessário para compor a amostra de cada local. De cada idoso sorteado em cada unidade, será consultado o prontuário para coletar dados de nome, endereço, telefone, sexo, idade, uso de Benzodiazepínicos (tempo de uso, tipo, posologia e justificativa de prescrição) e comorbidades.

Posteriormente, será realizado visita domiciliar para aplicação de questionário para coleta de dados adicionais acerca de características sócio demográficas, de situação e comportamento de saúde e aplicação do Teste de Katz (Anexo 1).

Em cada uma das quatro unidades será escolhido 1 idoso em uso de benzodiazepínico que obtenha pontuação adequada no teste MEEM (Anexo 2) e tenha respondido o questionário quantitativo. Será realizado com este idoso uma entrevista com questões abertas acerca do uso de Benzodiazepínicos. Serão entrevistados no mínimo 4 idosos e no máximo 8 para a saturação da amostra. O texto será transcrito logo após a entrevista, os elementos do corpus serão enumerados e codificados, iniciando a categorização dos dados.

2.1.8.6. Metodologia de análise de dados

Ao final do dia da coleta os questionários serão conferidos e os dados convertidos em códigos, no caso dos questionários quantitativos.

Os dados quantitativos coletados serão digitados duas vezes no programa EpiData 3.1 e posteriormente comparados para evitar erros de digitação, está só irá ocorrer após a coleta de todos os dados. A análise será realizada no PSPP, consistindo de estatística descritiva e verificação de associação entre a variável dependente e as independentes por meio do teste do qui-quadrado. Os *softwares* EpiData 3.1 e PSPP são livres para o uso.

Quanto aos dados qualitativos, estes serão transcritos das gravações logo após a entrevista, os elementos do *corpus* serão enumerados e codificados, iniciando a categorização

dos dados pelo método de “milha”. A coleta se seguirá até a saturação de conteúdo, sendo que, cada uma das ESF’s devem ter o mesmo número de entrevistados. O estudo seguirá os princípios da análise do discurso por meio de categorização de Bardin (2011). Será realizado uma medida de frequência, direção e ordem das categorizações e seus resultados darão origem a inferências e interpretações de acordo com as hipóteses estabelecidas.

2.1.8.7. Aspectos éticos

Esta pesquisa segue a Resolução CONEP 466/2012 e antes da sua execução será submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS. Será Solicitado Termo de dispensa de TCLE (Apêndice C) e Termo de Uso de Dados (Apêndice D) para acessar os dados do prontuário dos pacientes, assim como o Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice E) que será lido para o participante antes da aplicação do questionário e realização de entrevista e este só será incluído se aceitar participar.

O participante da pesquisa estará exposto aos riscos de vazamento de informações, para evitar este, serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas. Qualquer dado que possa identificar o paciente será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. Caso este risco ocorra, o estudo será interrompido.

Durante a entrevista poderá ocorrer o risco de constrangimento pelas perguntas realizadas e ainda outros riscos não previstos. Para tanto, a entrevista será realizada em local reservado e o participante poderá desistir a qualquer momento da entrevista ou aplicação do questionário, e ainda caso necessário os participantes serão encaminhados para atendimento na sua ESF de referência. Caso algum risco ocorra acima do aceitável, o estudo será interrompido.

Como benefício, todos os participantes receberão um cartão de esclarecimento sobre medicamentos Benzodiazepínicos (Apêndice F), podendo assim entender os riscos do uso deste medicamento. Após o término da pesquisa os dados obtidos serão divulgados nas unidades que participaram da pesquisa para instigar e auxiliar futuras ações de desmame do medicamento pelos médicos responsáveis.

2.1.9. Recursos

Tabela 2. Orçamento

| Materiais | Quantidade | Custo Unitário (Reais) | Custo Total (Reais) |
|-----------------|-------------|------------------------|---------------------|
| Impressões | 1000 | 0,10 | 100,00 |
| Pranchetas | 2 | 4,00 | 8,00 |
| Caixas | 2 | 15,00 | 30,00 |
| Pastas | 4 | 5,00 | 20,00 |
| Canetas | 4 | 1,00 | 4,00 |
| Lápis | 6 | 1,00 | 6,00 |
| Borrachas | 2 | 2,00 | 4,00 |
| Apontadores | 2 | 2,00 | 4,00 |
| Vale Transporte | 12 | 10,00 | 120,00 |
| Total: | 1034 | 40,10 | 296,00 |

Fonte: O autor.

Os custos deste estudo serão de responsabilidade da equipe.

2.1.10. Cronograma

Tabela 3. Planejamento

| Meses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| Revisão de Literatura | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Coleta de dados | | X | X | X | X | X | X | | | | | |
| Digitação | | | | | | X | X | | | | | |
| Análise de Dados | | | | | | | | X | | | | |
| Redação e Publicação de Resultados | | | | | | | | | X | X | X | X |

Fonte: O autor.

Considera-se que o mês 1 do cronograma se refere mês de agosto de 2018.

2.1.11. Referências

AGS. AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society 2015 updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **JAGS**. v. 63, n. 11, p. 2227-46, out. 2015.

ALFENA, MÁrcia Dias. **USO DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**. 2015. 69 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015.

Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13475>>. Acesso em: 01 abril. 2018.

ALVIM, Mariana Macedo *et al.* Prevalence of and factors associated with benzodiazepine use in community-resident elderly persons. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 463-473, Aug. 2017.

AMARAL, B. D. A.; MACHADO, K. L. **Benzodiazepínicos: uso crônico e dependência**. 30 f. Monografia (Especialização em farmacologia), UNIFIL -Centro Universitário Filadélfia, Londrina, 2012. Disponível em: <web.unifil.br/pergamum/vinculos/000007/000007A8.pdf>. Acesso em: 01 abril. 2018.

ANDREATINI, R.; BOERNGEN- LACERDA, R.; ZORZETTO FILHO, D. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n.4, p.233-42, 2001. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7172.pdf>. Acesso em: 01 abril. 2018.

BARBOSA, Eduardo Augusto Jensen; MARASCIULO, Antonio Carlos Estima. **Prevalência do uso de Benzodiazepínicos nos idosos residentes na comunidade do Pântano do Sul, em Florianópolis, Santa Catarina**. 2007. 54 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BASILE, Ricardo Portugal. Uma revisão sistemática e metanálise sobre os eventos adversos decorrentes do uso de Benzodiazepínicos pos idosos. 2014. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) - Instituto de Ciências Biomédicas, University of São Paulo, São Paulo, 2014.

BEERS, M.H.; BARAN, R.W.; FRENIA, K. Drug and the elderly, Part 1: the problems facing managed care. **The American Journal of Managed Care**. v. 6, n. 12, p. 1313-20, 2000.

BORGES, Daniela Teixeira; DALMOLIN, Bernadete Maria. Depressão em Idosos de uma Comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 7, n. 23, p. 75-82, abr. 2012. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/381/490>>. Acesso em: 06 abr. 2018.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno 19 da Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Psicotrópicos [Internet]. São Paulo: BIREME/OPAS/ OMS; 1998. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/> Acesso em: 14 maio 2018.

BVS APS Atenção Primária à Saúde (Org.). **Teste de fagerström**. Disponível em: <http://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=12>>. Acesso em: 14 maio 2018.

CAETANO, D. & STELA, F. Prevalência de depressão em um centro de atenção primária. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 39 (supl. 1) 1999.

CECIL, Russell L. **Cecil Medicina**. 24. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

CESÁR, C. C. et al. Capacidade funcional de idosos: análise das questões de mobilidade, atividades básicas e instrumentais da vida diária via Teoria de Resposta ao Item. *Questões metodológicas*, v.31, n.5, p.931-945, 2015.

COSTA, Sônia Mara Gusmão et al. Funcionalidade Em Idosos: Revisão Integrativa Da Literatura Functionality In Older Adults. **Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento**, [s.l.], v. 3, n. 2, p.942-965, 8 jan. 2018. Universidade de Evora.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2 v.

HALES, Robert E.; YUDOFKY, Stuart C.; GABBARD, Glen O. **Tratado de psiquiatria clínica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2014. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 – Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>>. Acesso em: 31 de março. 2018.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Sinopse do Senso Demográfico de 2010*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>>. Acesso em: 31 de março. 2018.

KATZ S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. the Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185:914-9.

LADER, M. **Pharmacotherapy of mood disorder and treatment discontinuation.** *Drugs.* 2007; 67: 1657-63.

MENDES, A.C. *et al.* Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad Saúde Pública.** v. 28, n. 5, p. 955-64, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. **RENAME 2017.** Brasília – DF. **2017.**

NASCIMENTO, Fátima Tatyane Alves do et al. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL. **Conbracis,** Paraíba, v. 1, n. 3, p.52-67, ago. 2018.

NASCIMENTO, Mariana Martins Gonzaga do. **Estudo Epidemiológico De Base Populacional Sobre O Uso De Medicamentos Potencialmente Inadequados Entre Idosos.** 2016. 62 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2016.

NOIA, Aparecida Santos *et al.* Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo, v. 46, n. spe, p. 38-43, Oct. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 abril 2018.

OMS - Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1 e 2.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de Benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto v.13, n. especial, p. 896-902, 2005 Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea18>. Acesso em: 01 abril 2018.

RANG, H.P.; DALE, M.M. **Farmacologia.** 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SILVA, R. S. **Atenção farmacêutica ao uso indiscriminado de benzodiazepínicos.** 52f Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) Curso de Farmácia, Centro Universitário Estadual da Zona Oeste, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <www.uezo.rj.gov.br/tccs/ccbs/roberto-soares.pdf>. Acesso em: 01 abril. 2018.

SOUTO, Sabrina Maia Teixeira et al. Qualidade de vida de idosos usuários de Benzodiazepínicos. **Revista Brasileira Ciências da Saúde - Uscs,** [s.l.], v. 15, n. 52, p.97-101, abr. 2017. USCS Universidade Municipal de Sao Caetano do Sul.

TOMAZ, Sheila Alves Gomes et al. Prevalência de quedas em idosos devido ao uso de

Benzodiazepínicos e diuréticos. **REVISTA UNINGÁ**, [S.l.], v. 52, n. 1, jan. 2018. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1386>>. Acesso em: 06 abr. 2018.

2.1.12. APÊNDICES

Apêndice A. Questionário Quantitativo

| | | |
|--|--|-----------------------|
| Número do questionário | | nques _ _ _ _ |
| ESF | | esf_ _ |
| DADOS A SEREM COLETADOS DO PRONTUÁRIO | | |
| 1 | Data da coleta: | datac _ _ / _ _ / _ _ |
| 2 | Nome do paciente: | |
| 3 | Endereço: Rua nº _____ Bairro _____ Complemento _____ | |
| 4 | Telefones para contato: () _____ () _____ | |
| 5 | Sexo (1) Masculino (2) Feminino | sexo _ _ |
| 6 | Data de nascimento | nasci _ _ / _ _ / _ _ |
| 7 | Medicamentos Benzodiazepínicos Retirados na Farmácia/Prescritos: Midazolam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Triazolam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Alprazolam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Bromazepam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Lorazepam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Clordiazepóxido (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Clonazepam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Diazepam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Flurazepam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Nitrazepam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ | |
| 8 | Diagnóstico para justificar uso de BZD: _____ _____ | |
| 9 | Comorbidades: _____ _____ _____ _____ _____ _____ | |

| | | |
|---------------------------------|---|-----------|
| | (1) Sistema único de Saúde (SUS) (2) IpeRS (3) Unimed (4) Outro. Qual? _____ | |
| 24 | Você é tabagista? (1) Sim (2) Não → (PULE PARA A PERGUNTA 31) (3) Ex-fumante → (PULE PARA A PERGUNTA 31) | tabg__ |
| 25 | Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro? (8) NSA (3) Dentro de 5 minutos (2) Entre 6 e 30 minutos (1) Entre 31 e 60 minutos (0) Após 60 minutos | tcig__ |
| 26 | Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, cinemas, ônibus, etc.? (8) NSA (1) Sim (0) Não | fproibi__ |
| 27 | Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação? (8) NSA (1) O primeiro da manhã (0) Outros | cigdia__ |
| 28 | Quantos cigarros você fuma por dia? (8) NSA (0) Menos de 10 (1) De 11 a 20 (2) De 21 a 30 (3) Mais de 31 | qcig__ |
| 29 | Você fuma mais frequentemente pela manhã? (8) NSA (1) Sim (0) Não | fumam__ |
| 30 | Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama?(8) NSA (1) Sim (0) Não | fumad__ |
| 31 | Você costuma praticar atividade física? (1) Sim (2) Não → (PULE PARA A PERGUNTA 34) | atifi__ |
| 32 | Com que frequência você costuma praticar atividade física? (1) Menos de uma hora por semana (2) Uma hora por semana (3) Duas horas por semana (4) Três ou mais horas por semana | horse__ |
| 33 | Qual atividade física você costuma praticar? (Registrar a mais frequente) (1) Dança (2) Musculação (3) Caminhada (4) Corrida (5) Natação Outra atividade. Qual(is)? _____ | quaat__ |
| 34 | Medicamentos Utilizados: Nome: _____ Posologia: _____ Nome: _____ Posologia: _____ | |
| USO DE BENZODIAZEPÍNICOS | | |
| 35 | Medicamentos Benzodiazepínicos Retirados na Farmácia/Prescritos: Midazolam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Triazolam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Alprazolam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Bromazepam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Lorazepam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Clordiazepóxido (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Clonazepam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Diazepam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Flurazepam (1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ Nitrazepam(1) Sim (2) Não Posologia _____ Tempo de Uso _____ | |

| | | |
|----|---|--|
| 36 | <p>Motivo da Prescrição:</p> <p>Ansiedade ()</p> <p>Depressão ()</p> <p>Distúrbio do Sono ()</p> <p>Epilepsia ()</p> <p>Outros () _____</p> | |
| 37 | <p>Médico que prescreveu:</p> <p>Da ESF ()</p> <p>Na Emergencia/PA ()</p> <p>Outro () _____</p> | |
| 38 | <p>Adesão:</p> <p>Considerando o medicamento _____ benzodiazepínico</p> <p>Você, alguma vez, esquece de tomar este remédio? (0) sim (1) não (3) não sei</p> <p>Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar este remédio? (0) sim (1) não (3) não sei</p> <p>Quando você se sente bem, algumas vezes, você deixa de tomar este remédio? (0) sim (1) não (3) não sei</p> <p>Quando você se sente mal, com este remédio, às vezes você deixa de tomá-lo? (0) sim (1) não (3) não sei</p> <p>Você sabe os benefícios a longo prazo de tomar este remédio conforme dito pelo seu médico ou farmacêutico? (0) sim (1) não (3) não sei</p> <p>Às vezes você esquece de buscar este remédio no posto ou CAIS? (0) sim (1) não (3) não sei</p> <p>Considerando o medicamento _____ benzodiazepínico</p> <p>Você, alguma vez, esquece de tomar este remédio? (0) sim (1) não (3) não sei</p> <p>Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar este remédio? (0) sim (1) não (3) não sei</p> <p>Quando você se sente bem, algumas vezes, você deixa de tomar este remédio? (0) sim (1) não (3) não sei</p> <p>Quando você se sente mal, com este remédio, às vezes você deixa de tomá-lo? (0) sim (1) não (3) não sei</p> <p>Você sabe os benefícios a longo prazo de tomar este remédio conforme dito pelo seu médico ou farmacêutico? (0) sim (1) não (3) não sei</p> <p>Às vezes você esquece de buscar este remédio no posto ou CAIS? (0) sim (1) não (3) não sei</p> | |

Apêndice B.
Questionário Qualitativo

| | |
|--|---|
| Entrevista Qualitativa sobre uso de Benzodiazepínicos: | |
| Nome: | Idade: |
| Resultado no MEEM: | |
| Questões: | |
| 1 | O que ou qual situação fez o senhor(a) precisar que o médico receitasse este medicamento? O que sentia naquela época? |
| 2 | O que o senhor(a) sente quando toma esse medicamento? E quando não toma? |
| 3 | O que tomar esse medicamento significa para você? |
| 4 | Onde fica guardado esse medicamento? E quando o senhor(a) viaja? |
| 5 | O senhor já teve algum problema (efeito não desejado) por tomar esse medicamento? |

Apêndice C.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) SOLICITAÇÃO DE DISPENSA Prevalência do uso de Benzodiazepínicos em idosos

Esta pesquisa será desenvolvida por Priscila Sabrina Post, discente de graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação da Professora M. Sc. Daniela Teixeira Borges.

O objetivo central do estudo é analisar o uso de Benzodiazepínicos nos idosos, pois estes medicamentos são frequentemente prescritos para esta população mesmo seu uso sendo contraindicado.

Sua participação é muito importante frente a necessidade de conscientizar os médicos e usuários do sistema único de saúde sobre o uso correto de Benzodiazepínicos.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para execução da pesquisa. Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária. Poderá ocorrer vazamento de informações, para evitar isso serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

O senhor(a) estará exposto(a) ao risco de constrangimento pelas perguntas realizadas durante a entrevista e outros riscos não previstos, para tanto a equipe ressalta que a qualquer momento o você pode desistir de sua participação e ainda, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Caso ocorra algum risco acima do aceitável o estudo será interrompido e se o senhor sentir necessidade poderá solicitar atendimento em sua ESF de referência.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista e um questionário à pesquisadora do projeto. As informações serão coletadas do prontuário eletrônico da ESF e em visita domiciliar em forma de questionário e entrevista gravada, serão coletados dados socioeconômicos, de saúde e sobre o uso de Benzodiazepínicos. Serão incluídos 227 participantes que possuam mais de 60 anos, de ambos os sexos. O tempo de aplicação do questionário será de aproximadamente quinze minutos e a entrevista gravada será de trinta minutos

A entrevista será gravada somente para a transcrição das informações e somente com a sua autorização.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, físico ou digital, por um período de cinco anos.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de conhecer os medicamentos Benzodiazepínicos e entender sua prescrição ideal a partir da entrega de folheto explicativo.

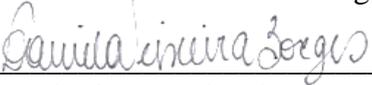
Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Devido à importância da pesquisa e com base na Resolução CNS Nº 466 de 2012 - IV.8 , solicito a dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por necessitar dos dados do prontuário dos pacientes antes de realizar as visitas domiciliares, para obter dados como endereço e nome do paciente, assim como dados específicos referente as medicações

utilizadas, sendo-que não consultar estes dados implica em não localização dos pacientes para realização da visita e aplicação do questionário de acordo com o delineamento deste estudo. Para aplicação do questionário será solicitado o Termo de Consentimento Livre e esclarecido do paciente.

Marau,RS. Data:25/06/2018.

Profª. M. Sc. Daniela Teixeira Borges:

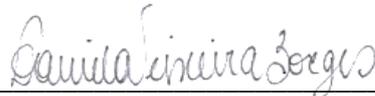


Assinatura do Pesquisador Responsável

Apêndice D.**TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO****Prevalência do uso de Benzodiazepínicos em idosos**

Os pesquisadores do projeto acima identificado assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto e questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.



Prof^a. M. Sc. Daniela Teixeira Borges (orientadora)



Priscila Sabrina Post (acadêmica)

Apêndice E.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) Prevalência do uso de Benzodiazepínicos em idosos

Prezado participante, Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa Prevalência do uso de Benzodiazepínicos em idosos. Desenvolvida por Priscila Sabrina Post, discente de graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo desenvolvida pela Professora M. Sc. Daniela Teixeira Borges, docente de graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo

O objetivo central do estudo é analisar o uso de Benzodiazepínicos nos idosos, pois estes medicamentos são frequentemente prescritos para esta população mesmo seu uso sendo contraindicado. Sua participação é muito importante frente a necessidade de conscientizar os médicos e usuários do sistema único de saúde sobre o uso correto de Benzodiazepínicos.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para execução da pesquisa. Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Poderá ocorrer vazamento de informações, para evitar isso serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

O senhor(a) estará exposto(a) ao risco de constrangimento pelas perguntas realizadas durante a entrevista e outros riscos não previstos, para tanto a equipe ressalta que a qualquer momento o você pode desistir de sua participação e ainda, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Caso ocorra algum risco acima do aceitável o estudo será interrompido e se o senhor sentir necessidade poderá solicitar atendimento em sua ESF de referência.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista e um questionário à pesquisadora do projeto. As informações serão coletadas do prontuário eletrônico da ESF e em visita domiciliar em forma de questionário e entrevista gravada, serão coletados dados socioeconômicos, de saúde e sobre o uso de Benzodiazepínicos. Serão incluídos 227 participantes que possuam mais de 60 anos, de ambos os sexos. O tempo de aplicação do questionário será de aproximadamente quinze minutos e a entrevista gravada será de trinta minutos

A entrevista será gravada somente para a transcrição das informações e somente com a sua autorização. Assinale a seguir conforme sua autorização:

Autorizo gravação Não autorizo gravação

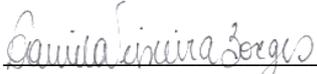
As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, físico ou digital, por um período de cinco anos.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de conhecer os medicamentos Benzodiazepínicos e entender sua prescrição ideal a partir da entrega de folheto explicativo.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

Marau, ____/____/____



Profª. M. Sc. Daniela Teixeira Borges

Tel: (54) 991-465-625

e-mail: daniela.borges@uffs.edu.br

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS Tel e Fax - (0XX) 49- 2049-3745. E-Mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Apêndice F.

Cartão de Esclarecimento sobre Benzodiazepínicos

MEDICAMENTOS **BENZODIAZEPÍNICOS**



Quem são eles?

Midazolam, Triazolam, Alprazolam, Bromazepam, Lorazepam, Clordiazepóxido, Clonazepam, Diazepam, Flurazepam e Nitrazepam.

Medicamentos de receita controlada, não devem ser vendidos sem orientação e receita médica!!!

NÃO TOMAR POR MAIS DE 6 SEMANAS

Frente

O que eles Causam?

Sonolência



Tontura



Risco de quedas



Consulte seu Médico

Não use Medicação sem Orientação



Elaborado por: Priscila Post acadêmica de Medicina da UFFS de Passo Fundo.

Verso

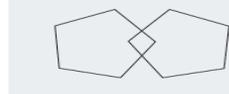
2.1.13. ANEXOS

Anexo 1. Teste de Katz: Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária

| | | |
|---|--|--|
| Instruções: | | |
| Aplica-se o questionário assinalando a resposta correspondente. O uso de equipamentos de suporte mecânico, por si só, não altera a classificação de independência para a função. As alternativas são: SEM AJUDA: Significa que o idoso consegue realizar a atividade sem nenhum auxílio. COM AJUDA PARCIAL: significa que o idoso só consegue realizar a atividade se receber auxílio parcial de outra pessoa. COM AJUDA TOTAL: Significa que o idoso depende totalmente de outra pessoa para o desempenho da atividade. | | |
| 1. Banho | | |
| A avaliação da atividade "BANHAR-SE" é considerada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. | | |
| <input type="checkbox"/> Sem Ajuda | <input type="checkbox"/> Com ajuda Parcial | <input type="checkbox"/> Com ajuda Total |
| 2. Vestir | | |
| Para avaliar a função "VESTIR-SE" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito, incluindo-se botões, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. | | |
| <input type="checkbox"/> Sem Ajuda | <input type="checkbox"/> Com ajuda Parcial | <input type="checkbox"/> Com ajuda Total |
| 3. Banheiro | | |
| A função "USAR O BANHEIRO" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função, incluindo o uso de "papagaios" ou "comadres"(neste caso considerar como ajuda total). | | |
| <input type="checkbox"/> Sem Ajuda | <input type="checkbox"/> Com ajuda Parcial | <input type="checkbox"/> Com ajuda Total |
| 4. Transferência | | |
| A função "TRANSFERÊNCIA" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio (parcial ou total) em qualquer das transferências. | | |
| <input type="checkbox"/> Sem Ajuda | <input type="checkbox"/> Com ajuda Parcial | <input type="checkbox"/> Com ajuda Total |
| 5. Continência | | |
| O termo "CONTINÊNCIA" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de eliminação de urina e fezes. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer uma das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas caracteriza a pessoa como dependente (neste caso avaliar a necessidade de auxílio para a realização de um desses procedimentos). | | |
| <input type="checkbox"/> Sem Ajuda | <input type="checkbox"/> Com ajuda Parcial | <input type="checkbox"/> Com ajuda Total |
| 6. Alimentação | | |
| A função "ALIMENTAR-SE" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes. | | |
| <input type="checkbox"/> Sem Ajuda | <input type="checkbox"/> Com ajuda Parcial | <input type="checkbox"/> Com ajuda Total |
| Resultado: | | |
| (0)Independente | | __ ind |
| (1)Dependente para 1 atividade | | __ dep1 |
| (2)Dependente para 2 atividades | | __ dep2 |
| (3)Dependente para 3 atividades | | __ dep3 |
| (4)Dependente para 4 atividades | | __ dep4 |
| (5)Dependente para 5 atividades | | __ dep5 |
| (6)Dependente para Todas atividades | | __ dept |

Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

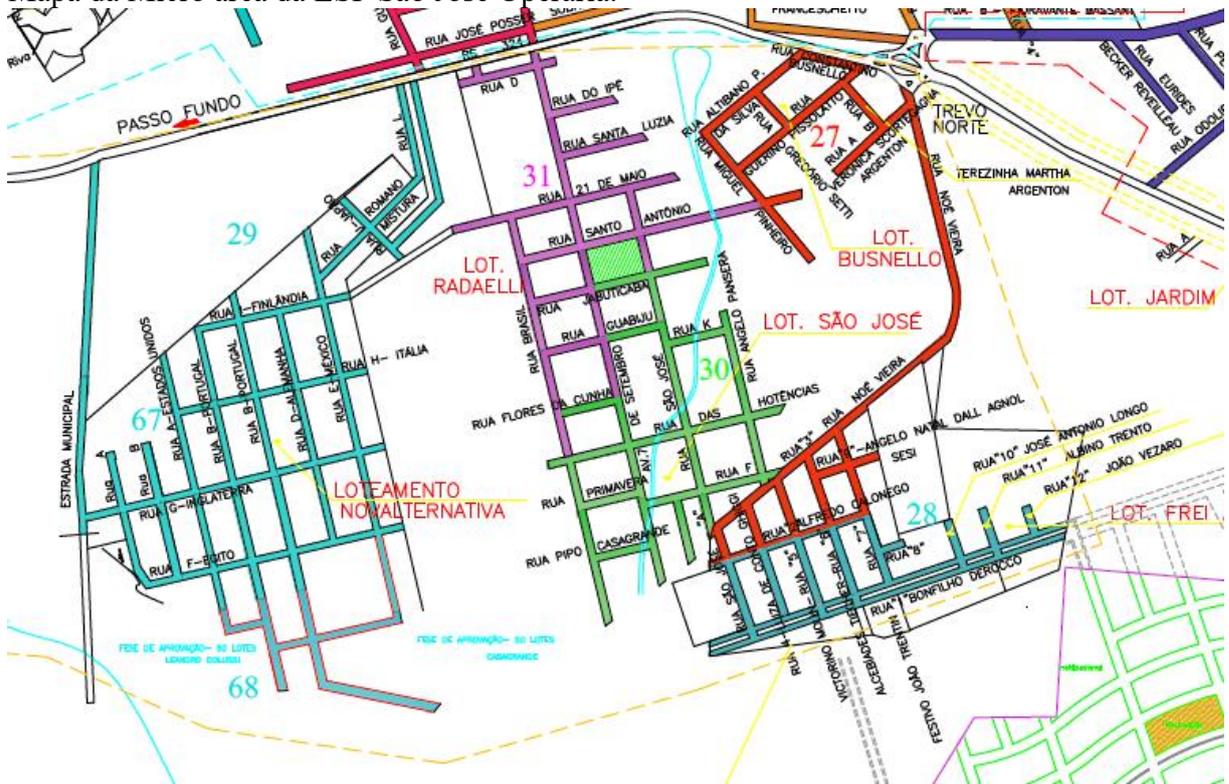
Anexo 2. Mini exame do estado mental

| | | | |
|------------------------------------|---|---|----------------------|
| Nome | | Idade: | |
| Escolaridade em anos: | | Data | |
| Mini Exame do Estado Mental | | | |
| 1 | Orientação temporal (0 a 5 pontos) | Dia da Semana | 1 |
| | | Dia do mês | 1 |
| | | Mês | 1 |
| | | Ano | 1 |
| | | Hora | 1 |
| 2 | Orientação espacial (0 a 5 pontos) | Estado | 1 |
| | | Cidade | 1 |
| | | Bairro | 1 |
| | | Rua | 1 |
| | | Local | 1 |
| 3 | Repita as palavras (0 a 3 pontos) | Pedir para repetir as palavras. | Caneca 1 |
| | | | Tijolo 1 |
| | | | Tapete 1 |
| 4 | Este item deve ser realizado de acordo com a capacidade do idoso em realizar cálculos ou seu grau de alfabetização. | Se faz Cálculos | |
| | | $100 - 7 = 93$ | 1 |
| | | $93 - 7 = 86$ | 1 |
| | | $86 - 7 = 79$ | 1 |
| | | $79 - 7 = 72$ | 1 |
| | | $72 - 7 = 65$ | 1 |
| | | Se é Alfabetizado (Soletrar MUNDO de trás para frente): | OU |
| | | O | 1 |
| | | D | 1 |
| | | N | 1 |
| 5 | Memorização (0 a 3 pontos) Repetir as palavras do item 3 | Caneca | 1 |
| | | Tijolo | 1 |
| | | Tapete | 1 |
| 6 | Linguagem 1 (0 a 2 pontos) Mostrar uma caneta e um relógio e pedir que nomeie | Relógio | 1 |
| | | Caneta | 1 |
| 7 | Linguagem 2 (0 a 1 ponto) Repetir: Nem Aqui, Nem Ali, Nem Lá | Repete | 1 |
| | | Não Repete | 1 |
| 8 | Linguagem 3 (0 a 3 pontos) Seguir ordem de três comandos | Pegar o papel com a mão direita | 1 |
| | | Dobrar o papel ao meio | 1 |
| | | Colocar o papel no chão | 1 |
| 9 | Linguagem 4 (0 a 1 ponto) Leia o papel "Feche os Olhos" e execute | Executa | 1 |
| | | Não Executa | 1 |
| 10 | Linguagem 5 (0 a 1 ponto) Pedir que escreva uma frase | Executa | 1 |
| | | Não Executa | 1 |
| 11 | Linguagem 5 (0 a 1 ponto) Pedir que copie o desenho |  | Executa 1 |
| | | | Não Executa 1 |
| Interpretação: | | Total: | |
| Analfabetos: 20 pontos | | Observações: | |

| | |
|----------------------------------|--|
| 1 – 4 anos de estudo: 25 pontos | |
| 5 – 8 anos de estudo: 27 pontos | |
| 9 – 10 anos de estudo: 28 pontos | |
| + 11 anos de estudo: 29 pontos | |

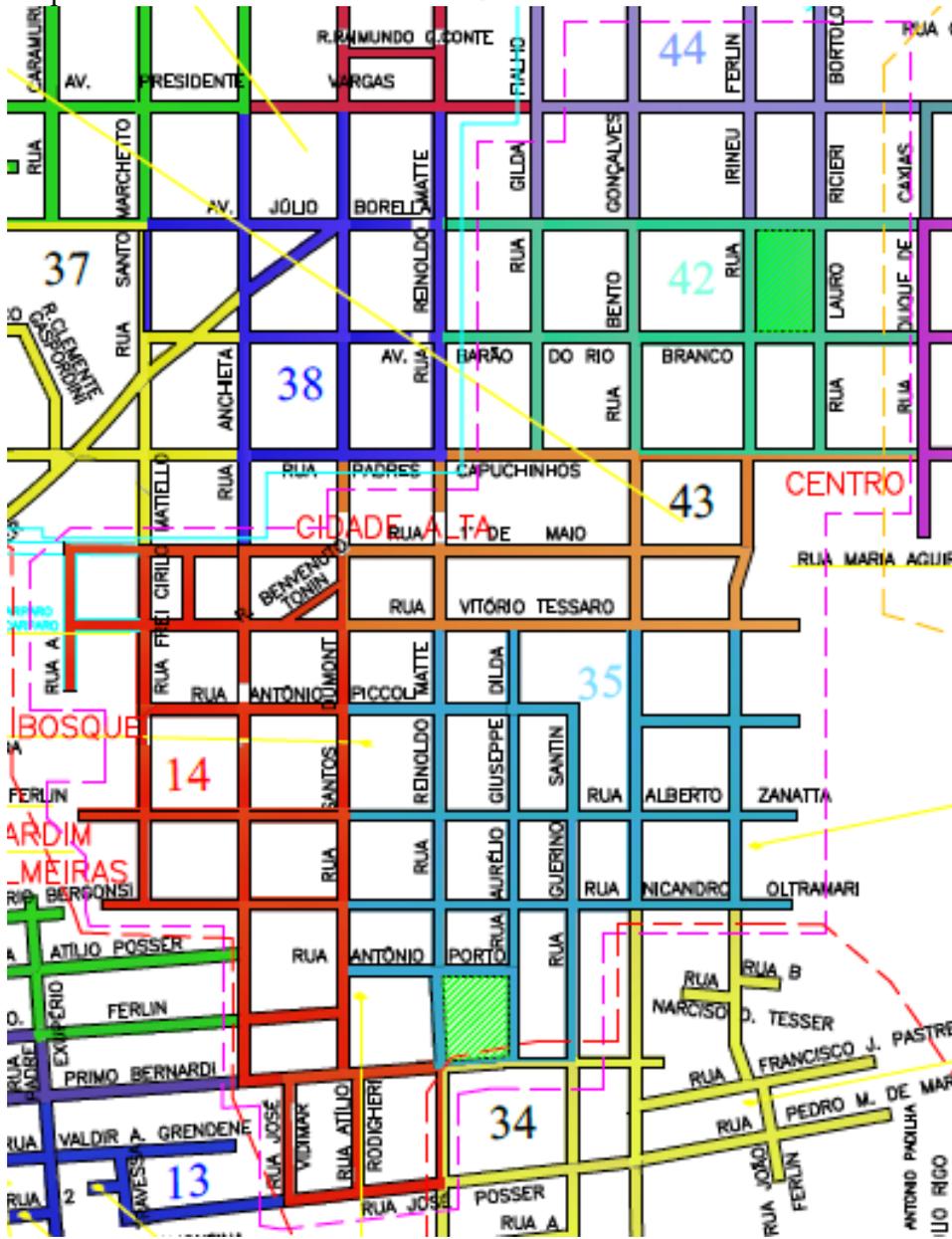
Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Anexo 5.
Mapa da Micro área da ESF São José Operária.



Fonte: Adaptado de imagem cedida pelo Ministério da Saúde de Marau, RS.

Anexo 6.
Mapa da Micro área da ESF Central 3



Fonte: Adaptado de imagem cedida pelo Ministério da Saúde de Marau, RS.

2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA

2.2.1. Apresentação

Este relatório tem o objetivo de descrever as atividades de tramitação do projeto de pesquisa “Prevalência do uso de Benzodiazepínicos em Idosos” durante o período de agosto de 2018 até junho de 2019.

2.2.2. Desenvolvimento

2.2.2.1. Processo de Amostragem

Dia 17/08/18, foi realizada uma reunião com as Equipes das ESF’s Santa Rita, Central 3, São José Operária e Centro Social Urbano, visando explicar o projeto e pactuar questões relativas à coleta de dados. Ficou acertado que as ESF’s disponibilizarão a sala de reuniões, a qual contém computadores para a primeira parte da coleta e as médicas da unidade dariam acesso ao sistema ao acadêmico que coletará os dados. Ainda foi combinado que as agentes de saúde ficarão à disposição para apontar a localização dos domicílios a serem visitados durante os meses de dezembro de 2018, janeiro e fevereiro de 2019, e caso necessário, acompanharão o acadêmico nas visitas domiciliares.

O acadêmico ficou responsável de marcar, com uma semana de antecedência, os dias que coletará dados na unidade de saúde, manter total sigilo dos casos discutidos e ao final da pesquisa retornar em cada unidade para expor para a equipe os resultados encontrados.

Neste dia foram gerados relatórios dos atendimentos realizados no ano de 2017, pela principal médica de cada unidade, por meio do programa utilizado (GMUS), utilizando o seguinte caminho:

Relatórios – Agendamento – Gerenciais – Mapa de Atendimento

1. Filtros para gerar relatório:

Atendimentos de 01/01/17 até 01/01/18

Unidade Primária de Saúde (UPS) = ESF do acesso

Forma = Atendimento Médico de ESF

Profissional = Preceptor da Unidade

A partir da obtenção de tabelas com nome do paciente, data de nascimento e número do prontuário em arquivo formato de PDF, foram extraídos os pacientes com data de nascimento < 1958 e retirados os repetidos, assim obtendo um arquivo por Estratégia de Saúde da Família com todos os idosos atendidos em 2017.

Dados Obtidos:

ESF Centro social Urbano:

Pacientes atendidos = 2233 atendimentos

Pacientes com data de nascimento < 1958 não repetidos: 194 idosos

ESF Santa Rita:

Pacientes atendidos = 1531

Pacientes com data de nascimento < 1958 não repetidos: 216

ESF Central III:

Pacientes atendidos = 3081

Pacientes com data de nascimento < 1958 não repetidos: 411

ESF São José Operária:

Pacientes atendidos = 1821

Pacientes com data de nascimento < 1958 não repetidos: 207

A definição da amostra proporcional foi feita conforme quadro abaixo.

Quadro 1. Amostragem Proporcional

| | CSU | Santa Rita | Central III | São José | Total Idosos |
|-----------------------|-------|------------|-------------|----------|--------------|
| Número de Idosos 2017 | 183 | 216 | 411 | 207 | 1017 |
| % do total | 18,9% | 21,2% | 40,4% | 20,3% | 100% |
| Amostra proporcional | 43 | 48 | 91 | 45 | 227 |

Fonte: O autor.

Calculado o número de idosos por unidade, foram sorteados aleatoriamente, em site específico para esta função (<https://sorteador.com.br/>), números para cada ESF mais 10. Por exemplo, para a ESF Santa Rita, dentre os 216 idosos numerados no relatório gerado na unidade, foram sorteados 58 números, sendo que 48 correspondem à amostra necessária e 10 idosos serão a lista de espera caso algum dos primeiros 48 não for encontrado.

Números sorteados para cada ESF e pacientes correspondentes, descritos apenas a idade e o número de prontuário para preservar a identidade do paciente.

ESF Centro Social Urbano:

43 + 10 = 53

67 - 161 - 168 - 176 - 151 - 29 - 179 - 81 -
 106 - 140 - 178 - 182 - 154 - 27 - 146 - 95
 - 98 - 23 - 172 - 89 - 76 - 12 - 80 - 50 - 150
 - 157 - 24 - 170 - 141 - 136 - 13 - 54 - 117 -
 73 - 101 - 40 - 47 - 156 - 190 - 108 - 91 -
 128 - 121 - 68 - 22 - 186 - 69 - 42 - 188 -
 135 - 138 - 148 - 137

Quadro 2. Amostra proporcional Centro Social Urbano

| Numero | Prontuário | Data Nascimento |
|--------|------------|-----------------|
| 1. | 146335 | 16/11/1947 |
| 2. | 134807 | 17/01/1956 |
| 3. | 114511 | 28/10/1956 |
| 4. | 115418 | 24/05/1957 |
| 5. | 132681 | 05/04/1955 |
| 6. | 121886 | 07/09/1939 |
| 7. | 125556 | 14/07/1957 |
| 8. | 135378 | 21/11/1948 |
| 9. | 118673 | 24/11/1950 |
| 10. | 133999 | 20/07/1954 |
| 11. | 298537 | 08/07/1957 |
| 12. | 117990 | 27/10/1957 |
| 13. | 117662 | 12/06/1955 |
| 14. | 119710 | 30/10/1938 |
| 15. | 184722 | 15/02/1955 |
| 16. | 147463 | 27/03/1950 |
| 17. | 122238 | 13/05/1950 |
| 18. | 115456 | 05/05/1938 |
| 19. | 147081 | 23/12/1956 |
| 20. | 115301 | 18/11/1949 |
| 21. | 138123 | 27/08/1948 |
| 22. | 133934 | 04/09/1926 |
| 23. | 74266 | 16/10/1948 |
| 24. | 134501 | 29/10/1944 |
| 25. | 13021 | 25/03/1955 |
| 26. | 138650 | 20/11/1955 |
| 27. | 220139 | 09/07/1938 |
| 28. | 169247 | 20/11/1956 |

| | | |
|-----|--------|------------|
| 29. | 116489 | 11/10/1954 |
| 30. | 138364 | 21/02/1954 |
| 31. | 176289 | 18/08/1928 |
| 32. | 111126 | 01/06/1945 |
| 33. | 146138 | 26/03/1952 |
| 34. | 113179 | 20/06/1948 |
| 35. | 112496 | 22/07/1950 |
| 36. | 115296 | 23/11/1942 |
| 37. | 132299 | 06/01/1944 |
| 38. | 162033 | 26/07/1955 |
| 39. | 234104 | 14/04/1958 |
| 40. | 116913 | 21/01/1951 |
| 41. | 111191 | 28/01/1950 |
| 42. | 201324 | 19/07/1953 |
| 43. | 113920 | 19/09/1952 |
| 44. | 120778 | 09/12/1947 |
| 45. | 138356 | 18/02/1937 |
| 46. | 130311 | 30/01/1958 |
| 47. | 120721 | 14/01/1948 |
| 48. | 168900 | 01/03/1943 |
| 49. | 112657 | 24/02/1958 |
| 50. | 119662 | 29/01/1954 |
| 51. | 113526 | 09/06/1954 |
| 52. | 131764 | 28/02/1955 |
| 53. | 121502 | 24/04/1954 |

Fonte: O autor.

ESF Santa Rita:

48 + 10 = 58

138 - 175 - 181 - 198 - 85 - 27 - 117 - 96 -
54 - 225 - 197 - 47 - 153 - 43 - 95 - 97 -
171 - 182 - 144 - 212 - 139 - 133 - 201 -
128 - 108 - 58 - 179 - 223 - 217 - 89 - 170
- 60 - 28 - 187 - 167 - 114 - 14 - 164 - 83 -
50 - 90 - 116 - 134 - 176 - 92 - 57 - 74 -
221 - 180 - 111 - 81 - 145 - 158 - 32 - 141
- 147 - 84 - 160

Quadro 3. Amostra proporcional Santa Rita

| Numero | Prontuário | Data Nascimento |
|--------|------------|-----------------|
| 1. | 174194 | 15/10/1950 |
| 2. | 118510 | 05/09/1953 |
| 3. | 158831 | 30/01/1954 |
| 4. | 129375 | 10/11/1955 |
| 5. | 119805 | 26/05/1945 |

| | | |
|-----|--------|------------|
| 6. | 24708 | 31/01/1934 |
| 7. | 161371 | 20/08/1948 |
| 8. | 57206 | 15/05/1946 |
| 9. | 59402 | 25/08/1940 |
| 10. | 127771 | 27/10/1958 |
| 11. | 150550 | 23/08/1955 |
| 12. | 122676 | 08/10/1939 |
| 13. | 117646 | 11/05/1952 |
| 14. | 136309 | 09/06/1939 |
| 15. | 122582 | 26/04/1946 |
| 16. | 118876 | 25/05/1946 |
| 17. | 276118 | 29/05/1953 |
| 18. | 28865 | 02/02/1954 |
| 19. | 117493 | 03/07/1951 |
| 20. | 134653 | 18/10/1957 |
| 21. | 117616 | 13/11/1950 |
| 22. | 118749 | 04/08/1950 |
| 23. | 62565 | 13/04/1956 |
| 24. | 123518 | 17/04/1950 |
| 25. | 116669 | 18/04/1947 |
| 26. | 128392 | 26/03/1941 |
| 27. | 235765 | 12/10/1953 |
| 28. | 141038 | 25/08/1958 |
| 29. | 121093 | 08/02/1958 |
| 30. | 118362 | 18/10/1945 |
| 31. | 229250 | 24/05/1953 |
| 32. | 118660 | 08/05/1941 |
| 33. | 115989 | 09/11/1934 |
| 34. | 159219 | 12/05/1954 |
| 35. | 114298 | 10/04/1953 |
| 36. | 151275 | 25/11/1947 |
| 37. | 141377 | 04/07/1928 |
| 38. | 129173 | 05/01/1953 |
| 39. | 177752 | 16/04/1945 |
| 40. | 121169 | 13/12/1939 |
| 41. | 123522 | 20/10/1945 |
| 42. | 118710 | 05/07/1948 |
| 43. | 118635 | 19/08/1950 |
| 44. | 135885 | 10/09/1953 |
| 45. | 278831 | 28/02/1946 |
| 46. | 123526 | 02/03/1941 |
| 47. | 121264 | 6/01/1944 |
| 48. | 129437 | 14/06/1958 |
| 49. | 120315 | 31/10/1953 |
| 50. | 119590 | 03/09/1947 |
| 51. | 205912 | 17/09/1944 |

| | | |
|-----|--------|------------|
| 52. | 122829 | 05/07/1951 |
| 53. | 127130 | 15/08/1952 |
| 54. | 138806 | 08/01/1936 |
| 55. | 118401 | 26/11/1950 |
| 56. | 126050 | 01/08/1951 |
| 57. | 105631 | 23/04/1945 |
| 58. | 119642 | 18/09/1952 |

Fonte: O autor.

ESF Central III:

91 + 10 = 101

79 - 235 - 299 - 269 - 160 - 212 - 400 -
 260 - 237 - 355 - 161 - 234 - 216 - 183 -
 408 - 278 - 70 - 377 - 371 - 406 - 167 -
 213 - 368 - 361 - 395 - 190 - 349 - 306 -
 184 - 112 - 304 - 151 - 146 - 189 - 129 -
 416 - 61 - 133 - 227 - 267 - 122 - 365 - 71 -
 - 348 - 324 - 274 - 294 - 263 - 247 - 130 -
 286 - 363 - 231 - 168 - 209 - 309 - 388 -
 15 - 44 - 381 - 66 - 166 - 185 - 322 - 49 -
 387 - 22 - 403 - 132 - 82 - 329 - 34 - 346 -
 200 - 170 - 251 - 53 - 290 - 115 - 405 - 98 -
 - 273 - 331 - 297 - 159 - 392 - 164 - 13 -
 221 - 219 - 169 - 396 - 119 - 208 - 202 -
 95 - 126 - 285 - 370 - 114 - 412

Quadro 4. Amostra proporcional Central III

| Numero | Prontuário | Data Nascimento |
|--------|------------|-----------------|
| 1. | 241950 | 10/10/1936 |
| 2. | 56905 | 17/01/1949 |
| 3. | 120500 | 06/07/1952 |
| 4. | 151159 | 12/10/1950 |
| 5. | 172017 | 24/11/1943 |
| 6. | 140103 | 10/06/1947 |
| 7. | 70273 | 02/06/1957 |
| 8. | 289733 | 13/05/1950 |
| 9. | 187624 | 26/02/1949 |
| 10. | 156294 | 21/05/1955 |
| 11. | 112156 | 25/11/1943 |
| 12. | 68844 | 12/11/1948 |
| 13. | 158098 | 30/08/1947 |
| 14. | 163620 | 18/07/1945 |
| 15. | 243108 | 08/09/1957 |
| 16. | 149961 | 31/05/1951 |
| 17. | 292596 | 06/02/1936 |
| 18. | 148420 | 07/07/1956 |

| | | |
|-----|--------|------------|
| 19. | 145657 | 24/03/1956 |
| 20. | 143753 | 22/07/1957 |
| 21. | 127684 | 01/07/1944 |
| 22. | 195887 | 15/07/1947 |
| 23. | 121815 | 31/01/1956 |
| 24. | 206231 | 22/09/1955 |
| 25. | 157353 | 29/01/1957 |
| 26. | 123358 | 27/12/1945 |
| 27. | 151361 | 26/11/1954 |
| 28. | 201617 | 02/10/1952 |
| 29. | 56661 | 18/08/1945 |
| 30. | 187166 | 05/10/1939 |
| 31. | 211894 | 13/09/1952 |
| 32. | 147440 | 04/10/1942 |
| 33. | 16748 | 03/07/1942 |
| 34. | 156963 | 11/12/1945 |
| 35. | 143085 | 21/03/1941 |
| 36. | 112293 | 22/06/1958 |
| 37. | 148379 | 28/01/1935 |
| 38. | 131059 | 30/04/1941 |
| 39. | 192542 | 29/08/1948 |
| 40. | 171582 | 02/10/1950 |
| 41. | 58916 | 24/12/1940 |
| 42. | 64927 | 09/11/1955 |
| 43. | 87214 | 11/02/1936 |
| 44. | 286778 | 17/11/1954 |
| 45. | 114642 | 23/10/1953 |
| 46. | 156740 | 12/03/1951 |
| 47. | 297432 | 04/03/1952 |
| 48. | 167149 | 18/06/1950 |
| 49. | 158339 | 07/08/1949 |
| 50. | 136549 | 23/03/1941 |
| 51. | 227423 | 15/12/1951 |
| 52. | 180821 | 22/10/1955 |
| 53. | 59701 | 28/10/1948 |
| 54. | 137107 | 02/08/1944 |
| 55. | 178561 | 30/04/1947 |
| 56. | 120758 | 09/12/1952 |
| 57. | 113057 | 07/10/1956 |
| 58. | 167632 | 11/12/1925 |
| 59. | 58420 | 20/09/1932 |
| 60. | 244057 | 02/08/1956 |
| 61. | 146981 | 21/10/1935 |
| 62. | 153677 | 12/06/1944 |
| 63. | 125076 | 26/08/1945 |
| 64. | 181525 | 06/09/1953 |

| | | |
|------|--------|------------|
| 65. | 185468 | 02/05/1933 |
| 66. | 199453 | 02/10/1956 |
| 67. | 146717 | 07/08/1927 |
| 68. | 137427 | 21/06/1957 |
| 69. | 145734 | 23/04/1941 |
| 70. | 116499 | 04/11/1936 |
| 71. | 183896 | 02/12/1953 |
| 72. | 223481 | 20/01/1931 |
| 73. | 234365 | 26/10/1954 |
| 74. | 138809 | 17/10/1946 |
| 75. | 298526 | 21/08/1944 |
| 76. | 87113 | 04/10/1949 |
| 77. | 163979 | 30/12/1933 |
| 78. | 139304 | 04/02/1952 |
| 79. | 54757 | 29/12/1939 |
| 80. | 124728 | 16/07/1957 |
| 81. | 81102 | 26/12/1937 |
| 82. | 63802 | 09/03/1951 |
| 83. | 69622 | 26/01/1954 |
| 84. | 143121 | 08/04/1952 |
| 85. | 131941 | 05/09/1943 |
| 86. | 156336 | 25/11/1956 |
| 87. | 154298 | 14/02/1944 |
| 88. | 148818 | 17/03/1924 |
| 89. | 130251 | 23/01/1948 |
| 90. | 227453 | 09/10/1947 |
| 91. | 295124 | 21/08/1944 |
| 92. | 130411 | 14/02/1957 |
| 93. | 121777 | 04/09/1940 |
| 94. | 22004 | 15/04/1947 |
| 95. | 138300 | 16/02/1947 |
| 96. | 123977 | 03/10/1937 |
| 97. | 144848 | 18/03/1941 |
| 98. | 132548 | 13/11/1951 |
| 99. | 168051 | 07/03/1956 |
| 100. | 64008 | 05/12/1939 |
| 101. | 72606 | 13/12/1957 |

Fonte: O autor.

ESF São José Operária:

45 + 10 = 55

137 - 125 - 163 - 133 - 31 - 173 - 106 - 82
 - 63 - 216 - 170 - 74 - 128 - 123 - 208 -
 213 - 108 - 15 - 167 - 162 - 84 - 164 - 202
 - 188 - 109 - 189 - 206 - 197 - 24 - 182 -
 116 - 138 - 127 - 30 - 159 - 81 - 126 - 23 -
 134 - 198 - 32 - 87 - 187 - 27 - 185 - 191 -
 183 - 143 - 49 - 19 - 97 - 214 - 151 - 110 -
 178

Quadro 5. Amostra proporcional São José Operária

| Numero | Prontuário | Data Nascimento |
|--------|------------|-----------------|
| 1. | 126106 | 20/05/1953 |
| 2. | 120155 | 09/04/1952 |
| 3. | 120143 | 12/07/1955 |
| 4. | 149489 | 27/12/1952 |
| 5. | 155852 | 06/01/1940 |
| 6. | 119210 | 26/01/1956 |
| 7. | 121817 | 20/09/1950 |
| 8. | 122148 | 13/06/1948 |
| 9. | 202840 | 20/03/1946 |
| 10. | 172626 | 18/11/1958 |
| 11. | 180286 | 19/11/1955 |
| 12. | 126512 | 26/07/1947 |
| 13. | 237986 | 10/08/1952 |
| 14. | 35742 | 12/02/1952 |
| 15. | 146913 | 17/06/1958 |
| 16. | 120736 | 16/08/1958 |
| 17. | 219348 | 03/03/1951 |
| 18. | 117890 | 25/09/1933 |
| 19. | 126678 | 23/09/1955 |
| 20. | 122754 | 24/06/1955 |
| 21. | 122207 | 01/01/1949 |
| 22. | 214675 | 23/07/1955 |
| 23. | 124163 | 22/03/1958 |
| 24. | 130111 | 27/12/1956 |
| 25. | 123969 | 06/03/1951 |
| 26. | 125669 | 18/01/1957 |
| 27. | 125607 | 08/05/1958 |
| 28. | 28414 | 16/05/1957 |
| 29. | 150492 | 12/09/1938 |
| 30. | 148605 | 04/08/1956 |
| 31. | 131888 | 02/09/1951 |

| | | |
|-------|--------|------------|
| 32. | 121871 | 31/05/1953 |
| 33. | 121229 | 23/05/1952 |
| 34. | 116486 | 15/10/1939 |
| 35. | 121256 | 29/05/1955 |
| 36. | 126568 | 02/06/1948 |
| 37. | 115582 | 07/05/1952 |
| 38. | 134771 | 29/08/1937 |
| 39. | 146230 | 28/12/1952 |
| 40. | 156968 | 05/11/1957 |
| 41. / | 118637 | 18/05/1940 |
| 42. | 112583 | 27/05/1949 |
| 43. | 131106 | 16/12/1956 |
| 44. | 288035 | 03/01/1939 |
| 45. | 283934 | 08/12/1956 |
| 46. | 124097 | 12/03/1957 |
| 47. | 142637 | 08/09/1956 |
| 48. | 131291 | 15/09/1953 |
| 49. | 140515 | 14/10/1944 |
| 50. | 123395 | 05/01/1935 |
| 51. | 131921 | 17/02/1950 |
| 52. | 116423 | 29/08/1958 |
| 53. | 118579 | 16/07/1954 |
| 54. | 127578 | 23/03/1951 |
| 55. | 126073 | 20/05/1956 |

Fonte: O autor.

2.2.2.2. Tramitação Ética

Primeiramente, o projeto de pesquisa foi enviado à Secretaria de Saúde do Município de Marau para avaliação do secretário de saúde Douglas Kurtz e aprovado pelo mesmo no dia 29 de junho de 2018.

O presente projeto foi submetido na Plataforma Brasil no dia 11 de julho de 2018, aceito no dia 19 do mesmo mês (Anexo 1), admitido pela relatoria dia 26 de agosto e teve o parecer liberado no dia 30 de agosto. As pendências indicadas no parecer foram respondidas conforme apêndice (APÊNDICE 1). O projeto foi reenviado com as pendências corrigidas no dia 14 de setembro de 2018, tendo sido aprovado dia 1º de novembro de 2018 (Anexo 2).

2.2.2.3. Coleta de Dados

A coleta de dados foi dividida em 3 momentos devido à necessidade de organização das visitas domiciliares.

2.2.2.3.1. Parte 1

Logística da coleta de dados

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética com Seres Humanos, foi coletada a primeira parte dos dados no programa GMUS. Com uma semana de antecedência, foram marcadas duas datas com a Preceptora, para iniciar a coleta na ESF Central III. Um total de 4 turnos, ou seja, dois dias, foram necessários para coletar os dados de 189 pacientes selecionados e marcar seus endereços no mapa, o qual visa otimizar a realização das visitas domiciliares (Parte 2). Os dias utilizados para coleta de prontuários foram dia 09 e 13 de novembro, 19, 20 e 21 de dezembro nos turnos manhã e tarde.

Realizaram-se as confirmações de endereço com as agentes de saúde presentes. Uma das dificuldades encontradas foi a observação de informações incompletas na ficha de cadastro dos pacientes, tais como ausência do número da residência e atendimento de pacientes que não faziam parte da área de abrangência da Unidade. Outra dificuldade se deu, pois alguns pacientes não se encaixaram na amostra, visto que possuíam comorbidades neurológicas graves ou eram acamados. A presença de apenas um computador livre e funcionando no local, também dificultou a coleta, sendo que no segundo dia fez-se necessário levar um notebook próprio.

Período da coleta de dados

Estes dados foram coletados no período de novembro a dezembro de 2018. No cronograma estava estabelecido para o início da coleta no mês de setembro, porém teve de atrasar dois meses, devido a demora da aprovação no comitê de ética.

2.2.2.3.2. Parte 2

Logística da coleta de dados

Após a organização dos mapas com a localização dos pacientes devidamente sinalizada, a área foi dividida em ruas horizontais e verticais para realização das visitas domiciliares e aplicar o questionário de dados quantitativos.

As visitas foram realizadas nos períodos da manhã e tarde inicialmente na área da ESF Central III, nos dias 7, 8, 9, 10 e 11 de janeiro de 2019 pela acadêmica Priscila Post. Na área da ESF Centro Social Urbano foram coletados dados nos dias 16 e 17 de janeiro pelas acadêmicas Priscila Post e Vanessa Pelicioli. No dia 18 e 21 de janeiro coletou-se dados na ESF São José Operária e nos dias 23 e 24 de janeiro na ESF Santa Rita.

Período da coleta de dados

Estes dados foram coletados no mês de janeiro de 2018.

Treinamento dos entrevistadores

Os entrevistadores foram as acadêmicas de Medicina, Priscila Post, autora do projeto e Vanessa Pelicioli, treinada pela primeira no mês de Dezembro de 2018.

2.2.2.3.3. Parte 3

Logística da coleta de dados

Foram selecionados dois idosos de cada área para aplicar o questionário qualitativo da pesquisa. No dia 23 de janeiro de 2019 duas pacientes da ESF Santa Rita, usuárias de Benzodiazepínicos foram entrevistadas. Dia 7 e 9 foram entrevistadas duas usuárias da ESF Central 3. Na ESF Centro Social Urbano foram entrevistadas duas pacientes no dia 16 de janeiro, já nos dias 18 e 22 foram entrevistadas duas pacientes do ESF São José Operária.

Período da coleta de dados

Estes dados foram coletados no mês de janeiro de 2019.

2.2.2.4. Perdas e recusas

Planejou-se a coleta de 267 prontuários e entrevistas, destes 40 pacientes não puderam ser entrevistados pois não foram encontrados em casa, mas para isso foram realizadas novas visitas em data combinada após contato telefônico, e assim destes 40, 20 foram entrevistados. 7 pacientes haviam falecido, 2 pacientes não aceitaram responder o questionário e 8 pacientes não se encaixavam na amostra, sendo assim no final da coleta havia 230 entrevistas completas, três a mais do que a amostra de 227 inicialmente calculado.

Não foi possível entregar os cartões de orientação quanto ao uso de Benzodiazepínicos no período de coleta de dados, devido a problemas com a gráfica responsável pela confecção dos mesmos, para tanto os cartões serão entregues pela equipe de pesquisa a ESF após conclusão do estudo, em reunião previamente agendada, com o objetivo de realizar uma formação sobre a “desprescrição” de Benzodiazepínicos com a Equipe de Saúde da família de cada local e repasse dos dados encontrados nesta pesquisa.

2.2.2.5. Controle de qualidade dos dados

Dos 40 pacientes selecionados para perdas foram necessários utilizar 3 na amostra final de 230. A dupla digitação e comparação de deste foi realizada no mês de fevereiro, a análise de dados correu no mês de março de 2019.

2.2.3. Considerações finais

A coleta e análise de dados quantitativos levou aproximadamente 3 meses, metade do tempo estipulado pelo cronograma, os entrevistadores ainda enfrentaram a dificuldade de encontrar os idosos em casa, muitos estavam viajando, dormindo, no clube de idosos da sua ESF ou visitando familiares. A questão de numeração das casas no município de Marau também dificultou a realização das entrevistas, pois os números de residência não obedecem ordem crescente ou decrescente, ou qual quer ordenação numérica.

Ademais, a maioria dos idosos foi bem receptivo com as acadêmicas e ficaram felizes em responder as questões, apenas 2 pacientes dos 267 na amostra se recusaram a receber os estudantes. Foram coletados 230 questionários válidos, digitados duplamente no programa EpiData e analisados no PSPP. A maior dificuldade foi a coleta de dados devido ao deslocamento no município vizinho e as condições adversas do clima.

Quanto a análise de dados qualitativos está será realizada após a conclusão e publicação do artigo com os dados quantitativos devido a solicitação do componente curricular de Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Federal da Fronteira Sul, do campus de Passo Fundo restringir a realização de um artigo por projeto de pesquisa. Frente esta situação a equipe responsável por este projeto optou por focar seus esforços na realização de um artigo com os dados qualitativos dentro do prazo de pesquisa estabelecido e após publicação deste artigo, iniciar a análise e escrita dos dados qualitativos.

2.2.4. APÊNDICES

APÊNDICE 1. RESPOSTA ÀS PENDÊNCIAS DO CEP/UFGS

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP/UFGS

FORMULÁRIO DE RESPOSTA ÀS PENDÊNCIAS DO CEP/UFGS

Título do projeto: PREVALÊNCIA DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS

Pesquisador responsável: Daniela Teixeira Borges

CAAE: 94020818.2.0000.5564

Data do parecer consubstanciado: 30 de Agosto de 2018

1. Item de pendência:

DESCREVER DE QUE MANEIRA SERÃO GARANTIDAS A CONFIDENCIALIDADE E A PRIVACIDADE

DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS (por meio de códigos, números, letras, etc). Tal informação deve estar descrita da mesma maneira no TCLE, no TERMO DE DISPENSA DO TCLE, NO PROJETO NA INTEGRA e na sessão RISCOS, na Plataforma Brasil.

Há alguma documento anexado para a pendência

1: (x) sim, nome: TCLE, TERMO DE DISPENSA DO TCLE, PROJETO NA INTEGRA ()
não

Resposta da pendência 1:

No no TCLE, no TERMO DE DISPENSA DO TCLE, NO PROJETO NA INTEGRA e na sessão RISCOS, na Plataforma Brasil foi acrescentado:

A confidencialidade e privacidade dos dados dos participantes será garantida por meio de codificação de seus dados, seus nomes não serão descritos apenas as letras iniciais, sendo que e posteriormente na digitação estes serão identificados apenas pelo número de questionário.

2. Item de pendência:

NA METODOLOGIA PROPOSTA, informar como se dará o contato e acesso ao prontuário do paciente.

Em se tratando de prontuário eletrônico, como os pesquisadores terão acesso?

Há alguma documento anexado para a pendência

2: (x) sim, nome: PROJETO NA INTEGRA () não

Resposta da pendência 2:

Na metodologia da Plataforma Brasil e no projeto na íntegra foi acrescentado:

Junto a secretaria municipal da saúde será obtido um usuário e senha, com acesso apenas aos dados a serem coletados pela equipe de pesquisa. Isto será feito em uma sala destinada para este fim, na própria unidade de saúde em data e horário a ser combinado com a equipe de saúde, visando garantir a privacidade dos pacientes e não interferir na rotina do serviço.

3.Item de pendência:

NA METODOLOGIA PROPOSTA, descrever onde se dará a coleta de dados (busca das variáveis no prontuário), na unidade de saúde, haverá uma sala reservada e destinada para esse fim?

Há alguma documento anexado para a pendência

3: (x) sim, nome: PROJETO NA INTEGRA () não

Resposta da pendência 3: Respondido juntamente com a pendencia anterior.

4.Item de pendência: Descrever por quanto tempo os pesquisadores ficarão com a posse dos dados e o destino que o farão após o prazo estabelecido. Tal informação deve estar descrita no TCLE, no TERMO DE DISPENSA DO TCLE, NO PROJETO NA ÍNTEGRA e nas INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO (Plataforma Brasil).

Há alguma documento anexado para a pendência

4: (x) sim, nome: TCLE, no TERMO DE DISPENSA DO TCLE, NO PROJETO NA ÍNTEGRA

() não

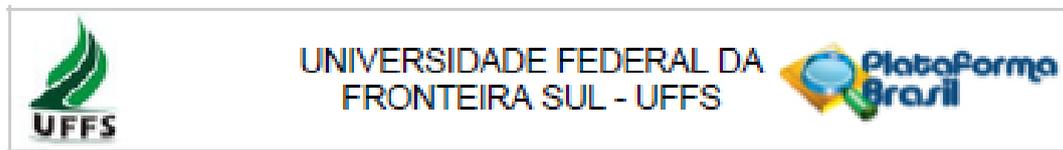
Resposta da pendência 4: No TCLE, no TERMO DE DISPENSA DO TCLE, NO PROJETO NA ÍNTEGRA e nas INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO (Plataforma Brasil) foi

acrescentado o seguinte trecho:

Os pesquisadores ficarão com os dados durante o período de 5 (cinco) anos. Após este período os dados serão descartados, ou seja, deletados de todos computadores e os questionários serão picotados em dispositivo apropriado para tal.

2.2.5. ANEXOS

ANEXO 1. Comprovante de submissão ao comitê de ética em pesquisa



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS

Pesquisador: Daniela Telxela Borges

Versão: 1

CAAE: 94020818.2.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

DADOS DO COMPROVANTE

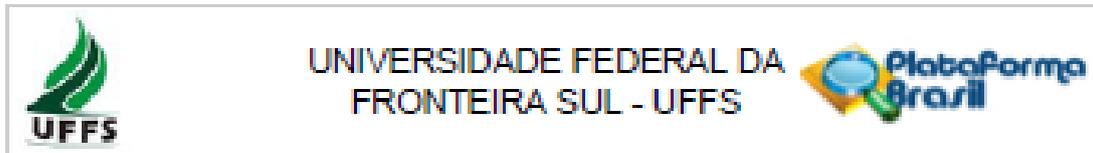
Número do Comprovante: 080699/2018

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto PREVALÊNCIA DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS que tem como pesquisador responsável Daniela Telxela Borges, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS em 19/07/2018 às 15:12.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-800
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

ANEXO 2. Parecer de aprovação do protocolo pelo comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** PREVALÊNCIA DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS**Pesquisador:** Daniela Teixeira Borges**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 94020818.2.0000.5564**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 2.996.049**Apresentação do Projeto:**

Já apresentado em parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Já apresentado em parecer anterior.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já apresentado em parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**Pendência 1:** Descrever de que maneira serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas - atendida.**Pendência 2:** Na metodologia proposta, informar como se dará o contato e acesso ao prontuário do paciente - atendida**Pendência 3:** Na metodologia proposta, descrever onde se dará a coleta de dados (busca das variáveis no prontuário), na unidade de saúde, haverá uma sala reservada e destinada para esse fim? - Atendida**Pendência 4:** Descrever por quanto tempo os pesquisadores ficarão com a posse dos dados e o destino que o farão após o prazo estabelecido - Atendida**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora procedeu as modificações decorrentes do atendimento das pendências nos documentos anexados ao protocolo.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 69.015-000
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 2.996.049

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há impedimentos éticos ao desenvolvimento do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.015-000

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFES



Continuação do Parecer: 2.690.048

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|---|------------------------|-------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1168874.pdf | 14/09/2018 09:06:11 | | Aceito |
| Outros | cartadependencia.doc | 14/09/2018 09:05:47 | Daniela Teixeira Borges | Aceito |
| Outros | Dispensadetcle.docx | 14/09/2018 09:05:16 | Daniela Teixeira Borges | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência | TCLE.docx | 14/09/2018 09:04:53 | Daniela Teixeira Borges | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projetonaintegra.docx | 14/09/2018 09:04:45 | Daniela Teixeira Borges | Aceito |
| Folha de Rosto | Folhad Rosto.pdf | 11/07/2018 19:47:58 | Daniela Teixeira Borges | Aceito |
| Outros | Declaraçãodaspartes.pdf | 11/07/2018 19:47:44 | Daniela Teixeira Borges | Aceito |
| Outros | QuestQuantil.docx | 27/06/2018 09:36:51 | Daniela Teixeira Borges | Aceito |
| Outros | Usodedados.docx | 27/06/2018 09:36:32 | Daniela Teixeira Borges | Aceito |
| Outros | QuestQuali.docx | 27/06/2018 09:36:07 | Daniela Teixeira Borges | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 01 de Novembro de 2018

Assinado por:

Valéria Silvana Faganello Medureira
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural CEP: 89.815-800

UF: SC Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.ufes@uffs.edu.br

3. ARTIGO CIENTÍFICO

Revista escolhida para publicação do artigo: Cadernos de Saúde Pública, ISSN 1678-4464 versão on-line.

Prevalência do Uso de Benzodiazepínicos em Idosos

Prevalence of Benzodiazepine use in the elderly

Prevalencia del uso de Benzodiazepinas em ancianos

Priscila Sabrina Post¹, Bruna Chaves Lopes¹, Daniela Teixeira Borges¹

Resumo:

O objetivo desse estudo foi analisar a prevalência do uso de medicamentos da classe dos Benzodiazepínicos e sua distribuição de acordo com as características sociodemográficas da população idosa de um município do estado do Rio Grande do Sul. Realizou-se um estudo transversal com 230 idosos (≥ 60 anos), o desfecho foi o uso de Benzodiazepínicos. A análise de dados compreendeu a estatística descritiva e teste do Qui-Quadrado (5%) para verificação da distribuição do desfecho segundo as outras variáveis. A prevalência do uso de Benzodiazepínicos foi de 25% (IC95 19-33) apresentando significância estatística com as variáveis Auto percepção de saúde ($p = 0,001$) e Prática de exercício físico ($p = 0,01$). Além de demonstrar aumento do uso de medicação proscrita para a população idosa, o estudo demonstrou diferenças quanto a variáveis descritas pela literatura quanto ao uso de Benzodiazepínicos.

Atenção Primária à Saúde, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Hipnóticos e Sedativos

¹Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, RS

Abstract

The purpose of this study was to analyze the prevalence of the use of benzodiazepines class of drug and your division according the sociodemographic particulars of the elderly population in a county of the state Rio Grande do Sul. Was performed a cross-sectional study with 230 seniors (≥ 60 years-old), the exhibition of interest was the use of benzodiazepines. The data analysis included descriptive statistics and Chi-Square test (5%) to trial the distribution of the outcome according to the other variables. The prevalence of Benzodiazepine use was 25% (IC95-33), presenting statistical significance with the variables health perception ($p = 0,001$) and practice of physical exercise ($p = 0,01$). In addition to evidence increase in the use of outlaw medication

for the elderly population, the study present differences in the variables described in the literature about the use of Benzodiazepines.

Primary Health Care, Health of the Elderly, Mental Health, Hypnotic and Sedative

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia del uso de medicamentos de la clase de los Benzodiazepinas y su distribución de acuerdo con las características sociodemográficas de la población anciana de un municipio del estado de Rio Grande do Sul. Se realizó un estudio transversal con 230 ancianos (≥ 60 años), la exposición de interés fue el uso de Benzodiazepinas. El análisis de datos comprendió la estadística descriptiva y prueba del Qui-cuadrado (5%) para verificación de la distribución del resultado según las otras variables. La prevalencia del uso de Benzodiazepinas fue del 25% (IC95 19-33) presentando significancia estadística con las variables Auto percepción de salud ($p = 0,001$) y Práctica de ejercicio físico ($p = 0,01$). Además de demostrar aumento del uso de medicación proscrita para la población anciana, el estudio demuestra diferencias en cuanto a variables descritas por la literatura en cuanto al uso de Benzodiazepinas.

Atención Primaria de Salud, Salud del Anciano, Salud Mental, Hipnóticos y Sedantes

Introdução

Os Benzodiazepínicos (BZDs) são ansiolíticos, sedativos muito eficazes que possuem propriedades miorelaxantes, amnésicas e anticonvulsivas. Dentre os mais utilizados estão Alprazolam, Clonazepam, Diazepam, Lorazepam, Flurazepam e o Triazolam. Os BZDs agem diminuindo o tempo de indução do sono e aumentam a duração deste, contudo os efeitos diminuem progressivamente quando seu uso se torna prolongado.^{1,2}

Eles devem ser usados por até 6 semanas, sendo correto afirmar que ao ultrapassar esse período podem provocar tolerância, dependência, crises de abstinência, agressividade e baixo controle de impulsos. Quanto maior o tempo de uso, mais difícil a interrupção do tratamento e maior a chance de manifestação de síndrome de abstinência.^{3,4}

Em caso de necessidade de utilização de Benzodiazepínicos como terapêutica em idosos, os estudos recomendam o uso de doses baixas, com o fracionamento em 2 a 3 vezes ao dia e não ultrapassar o uso por mais de 6 semanas, devido a fisiopatologia dessa faixa etária alterar o comportamento da medicação.^{5,6}

Frente ao risco da utilização dessa medicação em idosos e estudos associando Benzodiazepínicos a desfechos negativos no final da vida, a Sociedade Brasileira de Geriatria incluiu esta classe na lista de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos (MPI). Entretanto, esses medicamentos ainda são prescritos e sem os cuidados indicados para seu uso, expondo assim, os idosos a riscos desnecessários e o médico a prática iatrogênica com seus pacientes. A prevalência de uso de Benzodiazepínicos por longo tempo nessa população varia entre 10 a 18% de acordo com estudos.^{7,8,9}

Frente ao cenário descrito, objetivou-se estudar a prevalência do uso contínuo de Benzodiazepínicos em uma determinada população e a caracterização dos usuários, assim como sua distribuição de acordo com variáveis sociodemográficas e de saúde dos idosos.

Métodos

Este artigo se trata de um trabalho quantitativo, de natureza transversal, realizado no Município de Marau, RS durante o período de agosto de 2018 até julho de 2019. Analisou-se a população de idosos (≥ 60 anos) de ambos os sexos, usuários da Atenção Primária de Saúde de Marau, RS. O processo de amostragem utilizado foi do tipo não probabilístico, e cálculo do tamanho da amostra realizado com base em prevalência de uso de Benzodiazepínicos estimada em 18%, com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5 pontos percentuais. Os participantes foram identificados a partir de relatórios gerados do cadastro de usuários do Sistema Único de Saúde do município. Considerando o total de idosos de quatro Estratégias de Saúde da Família, realizou-se uma amostragem proporcional para atingir o n de 230 participantes.

A partir do relatório, foram sorteados aleatoriamente e proporcionalmente a quantidade de idosos necessária para compor a amostra de cada local. O estudo procedeu por análise de prontuário dos pacientes selecionados e posteriormente realizaram-se visitas domiciliares para aplicação de questionário. Idosos com doenças que os impediavam de responder o questionário não participaram do estudo.

Como variável dependente foi escolhida o uso de Benzodiazepínicos. As independentes se distribuíram em três blocos, bloco 1 contendo as variáveis sócio demográficas, que são sexo, idade, situação conjugal, etnia, escolaridade, ocupação, arranjo domiciliar e renda média estimada. O bloco 2 com as variáveis referentes à saúde do idoso incluindo comorbidades, presença de cuidador, auto percepção de saúde, plano de saúde, tabagismo (Teste de Fageström de acordo com a Biblioteca Virtual em Saúde), atividade física e medicamentos utilizados. E no bloco 3, as variáveis específicas relacionadas ao uso dos Benzodiazepínicos, o

Benzodiazepínico utilizado, dose média diária, indicação de uso referida, médico que prescreveu (ESF, Emergência, outro) e teste de adesão. Para avaliar o grau de independência dos idosos entrevistados utilizou-se o Índice de Katz.¹³

Os entrevistadores foram previamente treinados e para evitar perdas realizaram três tentativas de encontrar os idosos em suas residências, ainda assim 60 idosos não foram encontrados, desses 10 haviam falecido. Para que o n não fosse alterado a equipe sorteou previamente e proporcionalmente 30 idosos a mais em cada unidade no sorteio da amostra inicial.

Ao final do dia da coleta os questionários foram conferidos e os dados convertidos em códigos pré-definidos, e após finalizar a coleta digitou-se duplamente os dados e foi realizada a validação no programa EpiData 3.1. Na análise utilizou-se o *software* livre PSPP, realizando estatística descritiva e verificação de distribuição entre a variável dependente e as independentes por meio do teste do Qui-Quadrado, considerando significantes resultados acima de 5%. Esta pesquisa seguiu a Resolução CONEP 466/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição Proponente sob Protocolo nº 94020818.2.0000.5564.

Resultados

Foram selecionados 270 prontuários de idosos usuários da atenção básica, desses em 230 foi possível realizar a análise de dados. Foram incluídos no estudo pacientes com mais de 60 anos, que não possuíam doenças que os impedissem de responder o questionário e estavam em sua residência em uma das três tentativas de realizar a visita domiciliar.

Conforme tabela 1, a população estudada se caracterizou como maioria feminina (60,9%), com cônjuge (59,1%), de cor branca (89,6%), idade entre 60 e 69 anos (58,7%), com Ensino Fundamental ou menos (88,7%), aposentados (86,1%), morando entre duas pessoas (49,1%) e com renda aproximada de mais três mil reais (38,2%).

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica de idosos usuários da Atenção Básica, Marau – RS, 2019 (n=230)

| Variáveis | n | % |
|--------------------------------------|-----|------|
| Estratégia de Saúde da Família (ESF) | | |
| ESF 1 | 89 | 38,7 |
| ESF 2 | 40 | 17,4 |
| ESF 3 | 46 | 20,0 |
| ESF 4 | 55 | 23,9 |
| Idade | | |
| 60-69 | 135 | 58,7 |
| 70-79 | 64 | 27,8 |
| Mais que 80 anos | 31 | 13,5 |

| | | | |
|-------------------|--|-----|------|
| Sexo | | | |
| | Masculino | 90 | 39,1 |
| | Feminino | 140 | 60,9 |
| Parceiro | | | |
| | Com cônjuge | 136 | 59,1 |
| | Sem cônjuge | 94 | 40,9 |
| Cor | | | |
| | Branco | 206 | 89,6 |
| | Pardo | 24 | 10,4 |
| Grau instrução | | | |
| | Ensino Fundamental Completo e Incompleto | 204 | 88,7 |
| | Ensino Médio Completo e Incompleto | 21 | 9,1 |
| | Ensino Superior Completo e Incompleto | 5 | 2,2 |
| Função | | | |
| | Benefício Instituto Nacional de Serviço Social | 13 | 5,6 |
| | Seguro desemprego | 5 | 2,2 |
| | Aposentado | 198 | 86,1 |
| | Trabalhando | 14 | 6,1 |
| Moradores na casa | | | |
| | 1 | 61 | 26,5 |
| | 2 | 113 | 49,1 |
| | 3 | 39 | 17,0 |
| | 4 ou mais | 17 | 7,4 |
| Renda | | | |
| | <1499 reais | 56 | 24,5 |
| | 1500 – 2999 | 86 | 37,3 |
| | >3000 | 88 | 38,2 |

Quanto as questões de saúde da população, seguindo a tabela 2, apenas 6,5% dos idosos não possuía nenhuma comorbidade, 49,6% eram usuários de polifarmácia, ao Teste de Katz das avaliações de atividades diárias 88,3% dos pacientes foram considerados independentes, 62,6% não possuíam cuidadores. Dos 37,4% de idosos que tinham cuidadores 95,4% eram familiares do paciente.

Apenas 2,6% acreditavam ter uma saúde excelente, sendo que a maioria (44,8%) achava ter uma saúde boa, o SUS foi apontado como principal plano de saúde em 87,8% da população. Eram tabagistas 26,1% dos idosos, sendo que 6,1% permanecia um uso do cigarro, variando a taxa de dependência de nicotina 35,7% para alta e baixa dependência. Grande parte da população não praticava exercícios físicos (69,6%), dos que praticavam, 54,3% praticava menos de uma hora por semana. A prevalência do uso de Benzodiazepínicos encontrada nessa população foi de 25% (IC95 19-33), de acordo com dados autorreferidos, valor que difere do encontrado no prontuário (23,5%), (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da Saúde de idosos usuários da Atenção Básica, Marau – RS, 2019 (n=230)

| Variáveis | n | % |
|------------------------------------|-----|------|
| Cuidador | | |
| Sim | 86 | 37,4 |
| Não | 144 | 62,6 |
| Qual cuidador (n=86) | | |
| Familiar | 82 | 95,4 |
| Pago | 3 | 3,5 |
| Outro | 1 | 1,1 |
| Auto percepção de Saúde | | |
| Excelente | 6 | 2,6 |
| Muito boa | 24 | 10,4 |
| Boa | 103 | 44,8 |
| Regular | 62 | 27,0 |
| Ruim | 35 | 15,2 |
| Plano de saúde | | |
| SUS | 202 | 87,8 |
| Ipe | 6 | 2,6 |
| Outro | 22 | 9,6 |
| Tabagismo | | |
| Sim | 14 | 6,1 |
| Não | 156 | 67,8 |
| Ex tabagista | 60 | 26,1 |
| Dependência de Nicotina (n=14) | | |
| Baixa | 5 | 35,7 |
| Média | 4 | 28,6 |
| Alta | 5 | 35,7 |
| Prática de Exercício Físico | | |
| Sim | 70 | 30,4 |
| Não | 160 | 69,6 |
| Tempo de prática de exercício (70) | | |
| Menos de uma hora por semana | 38 | 54,3 |
| Uma hora por semana | 6 | 8,6 |
| Duas horas por semana | 9 | 12,8 |
| Três horas ou mais por semana | 17 | 24,3 |
| Polifarmácia | | |
| Sim | 114 | 49,6 |
| Não | 116 | 50,4 |
| Comorbidades | | |
| Sem | 15 | 6,5 |
| 1 | 34 | 14,8 |
| 2 | 56 | 24,5 |
| 3 | 61 | 26,5 |
| +4 | 64 | 27,7 |
| Teste de Katz | | |
| Independente | 203 | 88,3 |
| Dependente para 1 | 8 | 3,5 |
| Dependente para 2 | 10 | 4,3 |

| | | |
|-----------------------|---|-----|
| Dependente para 3 | 1 | 0,4 |
| Dependente para 4 | 3 | 1,3 |
| Dependente para 5 | 1 | 0,4 |
| Dependente para TODAS | 4 | 1,7 |

Quanto às características dos usuários de Benzodiazepínicos (n = 57), considerando o uso autorreferido, e taxa de adesão alta em 92,9% dos pacientes, 63,2% dos idosos que utilizavam esta medicação alegaram que ela foi prescrita por motivo de distúrbio do sono, seguida de 28,1% que alegavam utilizar por depressão. O médico da Estratégia de Saúde da Família foi apontado como o maior prescritor dessa medicação (52,6%), sendo o Lorazepam, o mais prescrito (38,5%), seguido do Alprazolam (28,1%) e Diazepam (24,6%). Quanto ao tempo de uso da medicação 98,3% dos pacientes estavam utilizando o Benzodiazepínico por mais de 6 semanas. A média do tempo de uso encontrada foi de 92 meses, sendo o maior uso 420 meses e o menor 1 mês. Os dados acima descritos se encontram na tabela 3.

Tabela 3. Caracterização do uso de Benzodiazepínicos em idosos e caracterização do uso, Marau – RS, 2019 (n=230)

| Variáveis | n | % |
|--|-----|------|
| Prescrição de Benzodiazepínicos | | |
| Sim | 54 | 23,5 |
| Não | 176 | 76,5 |
| Uso de Benzodiazepínicos Autorreferido | | |
| Sim | 57 | 24,8 |
| Não | 173 | 75,2 |
| Motivo de prescrição do Benzodiazepínico (n=57) | | |
| Ansiedade | 3 | 5,3 |
| Depressão | 16 | 28,1 |
| Distúrbio do Sono | 36 | 63,2 |
| Outros | 2 | 3,4 |
| Médico que prescreveu (n=57) | | |
| ESF | 30 | 52,6 |
| Emergência | 10 | 17,5 |
| Outro | 17 | 29,8 |
| Adesão BDZ (n=57) | | |
| Baixa | 1 | 1,8 |
| Média | 3 | 5,5 |
| Alta | 52 | 92,9 |
| Classe de Benzodiazepínicos utilizados (n=57) | | |
| Alprazolam | 16 | 28,1 |
| Bromazepam | 2 | 3,5 |
| Lorazepam | 22 | 38,5 |
| Clonazepam | 3 | 5,3 |
| Diazepam | 14 | 24,6 |
| Tempo de uso BDZ Autorreferido (n=57) | | |
| Uso ≥ 6 semanas | 56 | 98,3 |
| Uso < 6 semanas | 1 | 1,7 |

No que se refere à distribuição do desfecho conforme as outras variáveis, observou significância estatística entre o uso de Benzodiazepínicos com as variáveis Auto percepção de saúde ($p=0,001$) sendo que 61,4% dos pacientes que usam benzodiazepínicos possuíam uma avaliação negativa de sua saúde (regular ou ruim) contra 35,8% dos não usuários e a variável Prática de exercício físico ($p=0,01$) sendo que a maioria dos pacientes usuários de Benzodiazepínicos não praticava exercícios físicos (82,8%), fato descrito na Tabela 4.

Tabela 4. Prevalência do Uso de benzodiazepínicos em uma amostra de idosos, conforme características sociodemográficas e de saúde. Marau, RS, 2019 (n=230)

| Variáveis | Uso de BDZ | | Não Usa BDZ | | p |
|--|------------|------|-------------|------|-------|
| | n | % | n | % | |
| ESF | | | | | 0,450 |
| Central 3 | 23 | 25,8 | 66 | 74,2 | |
| Centro Social Urbano | 13 | 32,5 | 27 | 67,5 | |
| São José Operaria | 11 | 23,9 | 35 | 76,1 | |
| Santa Rita | 10 | 18,2 | 45 | 81,8 | |
| Sexo | | | | | 0,100 |
| Masculino | 17 | 18,9 | 73 | 81,1 | |
| Feminino | 40 | 28,6 | 100 | 71,4 | |
| Parceiro | | | | | 0,080 |
| Com cônjuge | 28 | 20,6 | 108 | 79,4 | |
| Sem cônjuge | 29 | 30,9 | 65 | 69,1 | |
| Cor | | | | | 0,140 |
| Branca | 54 | 26,2 | 152 | 73,8 | |
| Parda | 3 | 13,0 | 21 | 87,0 | |
| Escolaridade | | | | | 0,080 |
| Ensino Fundamental Completo e Incompleto | 51 | 25,0 | 153 | 75 | |
| Ensino Médio Completo e Incompleto | 5 | 23,8 | 16 | 76,2 | |
| Ensino Superior Completo e Incompleto | 1 | 20,0 | 4 | 80,0 | |
| Moradores na casa | | | | | 0,610 |
| 1 | 19 | 31,1 | 42 | 68,9 | |
| 2 | 25 | 22,1 | 88 | 77,9 | |
| 3 | 9 | 23,1 | 30 | 76,9 | |
| 4 | 4 | 23,5 | 13 | 76,5 | |
| Renda | | | | | 0,630 |
| <1499 reais | 14 | 25,0 | 42 | 75,0 | |
| 1500 – 2999 | 24 | 27,9 | 62 | 72,1 | |
| >3000 | 19 | 21,6 | 69 | 78,4 | |
| Cuidador | | | | | 0,830 |
| Sim | 22 | 25,6 | 64 | 74,4 | |
| Não | 35 | 24,3 | 109 | 75,7 | |
| Qual cuidador (n=86) | | | | | 0,490 |
| Familiar | 22 | 26,8 | 60 | 73,2 | |

| | | | | | |
|-----------------------------|----|------|-----|-------|-------|
| Pago | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | |
| Outro | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | |
| Auto percepção de Saúde | | | | | 0,001 |
| Excelente | 0 | 0,0 | 6 | 100,0 | |
| Muito boa | 4 | 16,7 | 20 | 83,3 | |
| Boa | 18 | 17,5 | 85 | 82,5 | |
| Regular | 13 | 21,0 | 49 | 79,0 | |
| Ruim | 22 | 62,9 | 13 | 37,1 | |
| Plano de saúde | | | | | 0,410 |
| SUS | 52 | 25,7 | 150 | 74,3 | |
| Ipe | 2 | 33,3 | 4 | 66,7 | |
| Outro | 3 | 13,6 | 19 | 86,4 | |
| Tabagismo | | | | | 0,900 |
| Sim | 3 | 21,4 | 11 | 78,6 | |
| Não | 38 | 24,4 | 118 | 75,6 | |
| Ex tabagista | 16 | 26,7 | 44 | 73,3 | |
| Pratica de Exercício Físico | | | | | 0,01 |
| Sim | 10 | 14,3 | 60 | 85,7 | |
| Não | 47 | 29,4 | 113 | 70,6 | |
| Idade | | | | | 0,900 |
| 60-69 | 32 | 23,7 | 103 | 76,3 | |
| 70-79 | 17 | 26,6 | 47 | 73,4 | |
| Mais que 80 anos | 8 | 25,8 | 23 | 74,2 | |
| Polifarmácia | | | | | 0,400 |
| Sim | 31 | 27,2 | 83 | 72,8 | |
| Não | 26 | 22,4 | 90 | 77,6 | |
| Comorbidades | | | | | 0,150 |
| Sem | 1 | 6,7 | 14 | 93,3 | |
| 1 | 5 | 14,7 | 29 | 85,3 | |
| 2 | 15 | 26,8 | 41 | 73,2 | |
| 3 | 15 | 25,0 | 45 | 75,0 | |
| +4 | 21 | 32,8 | 43 | 67,2 | |
| Teste de Katz | | | | | 0,850 |
| Independente | 50 | 24,6 | 153 | 75,4 | |
| Dependente para 1 | 1 | 12,5 | 7 | 87,5 | |
| Dependente para 2 | 4 | 40,0 | 6 | 60,0 | |
| Dependente para 3 | 0 | 00,0 | 1 | 100,0 | |
| Dependente para 4 | 1 | 33,3 | 2 | 66,7 | |
| Dependente para 5 | 0 | 00,0 | 1 | 100,0 | |
| Dependente para TODAS | 1 | 25,0 | 3 | 75,0 | |

*p = Qui-Quadrado

Discussão

A prevalência de uso de Benzodiazepínicos encontrada neste estudo é demasiadamente maior do que o esperado (25% IC95 19-33), pode-se assim dizer, que na população em questão 1 a cada 4 idosos usuários da atenção básica utilizam desta medicação. Devido a região analisada possuir total cobertura de Atenção Primária e ser considerada modelo em saúde pública o estudo

esperou encontrar uma prevalência inferior a 18% de uso contínuo. Em trabalho semelhante realizado no sul do Brasil com 113 idosos, encontrou-se a prevalência de uso de 12,39%, ou seja, 1 a cada 8 idosos, sendo que a indicação de uso mais frequente encontrada foi problemas de sono, 64,28% em relação aos 63,2% encontrado em nosso estudo.¹⁰

Estudo com mesmo delineamento, contudo mais recente do que o citado acima, também realizado no Brasil (n=400), teve como prevalência 18,3% idosos usuários de Benzodiazepínicos, o tempo de uso foi considerado prolongado em 85,5% dos pacientes, demonstrando equivalência com os 98,3% que utilizavam benzodiazepínicos por mais de seis semanas conforme detectamos. Já é sabido que o mecanismo de ação dessa medicação em idosos é diferenciado e que se seu uso ultrapassar o período máximo estabelecido pode ocasionar tolerância, dependência e crises de abstinência.^{3,5,9}

O estudo que apresentou a maior prevalência de uso de Benzodiazepínicos relatada foi de 22% (n=1419), que encontrou significância estatística com auto percepção da saúde. Sendo o que mais se assemelha aos dados encontrados pela pesquisa em questão, pois ambos concluíram alta prevalência de uso de benzodiazepínicos em idosos e pior auto avaliação da saúde nos usuários que utilizaram tal medicação. O uso prolongado de Benzodiazepínicos por idosos está associado à diminuição na qualidade de vida, fator que explica a associação positiva encontrada nas análises.^{11,14}

Em estudo realizado nos Estados Unidos, com um dos maiores valores amostrais quando se trata de análise de prevalência do uso de Benzodiazepínicos em idosos na comunidade (n=5181) encontrou-se apenas 9,9% de prevalência. Prevalências menores, também foram encontradas em Londres, em estudo de 2017 (n= 1059), onde apenas 3,3% dos idosos eram usuários dessa medicação. Contudo, é importante atentar ao fato de que os estudos acima consideraram idosos pessoas com mais de 65 anos, enquanto os nacionais, com mais de 60 anos, sendo que na amostra deste trabalho em questão 68,7% dos idosos analisados possuem entre 60 e 69 anos. Realizando um recorte da população para se adequar ao conceito de idoso utilizado pelos estudos acima, a prevalência não se torna significativa, pois a maior parte dos pacientes deste estudo possuem entre 60 e 65 anos.^{15,16}

Contraopondo os estudos internacionais citados acima, uma pesquisa realizada em 2011 na Filadélfia, com 875 idosos (≥ 65 anos) encontrou prevalência de uso de Benzodiazepínicos de 19,9%, semelhante as prevalências levantadas no Brasil, porém menor que as encontradas em nossa pesquisa. O motivo de prescrição mais citado foram os distúrbios de sono, como a maioria

dos artigos e coletado em um sistema de saúde baseado em Atenção Primária tal qual o modelo brasileiro, sugerindo possível correlação entre os dados.¹⁷

Apesar da alta taxa de consumo de Benzodiazepínicos, os mais prescritos foram as medicações que são mais recomendadas para ser utilizadas em idosos, sendo o Lorazepam, o mais prescrito (38,5%), seguido do Alprazolam (28,1%). No entanto, essa prescrição não tem seguido as demais recomendações, sendo a mais importante delas o tempo mínimo de uso, expondo os idosos a iatrogenias e a riscos de declínio cognitivo, quedas, fraturas e pior desempenho motor.¹⁸

A associação significativa entre atividade física e uso de Benzodiazepínicos não foi encontrada em nenhum outro artigo que trate sobre o tema, devido a maior parte dos usuários de Benzodiazepínicos não realizar atividades físicas não nos permite afirmar que este fator é protetivo ao uso, mas sim que os usuários estão mais propensos a não praticar exercícios.

Partindo do princípio que é papel da Atenção Primária, como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), seguir o Estatuto do Idoso e que dos idosos entrevistados nesse estudo 88,7% utilizam o SUS como principal assistência à saúde, 1 a cada 4 idosos deste estudo não está recebendo a atenção especial que a legislação deveria garantir e se encontram em situação de risco frente às consequências do uso prolongado de Benzodiazepínicos. Apesar de a muito ser proscrito para essa população o histórico de sua prevalência acima descrito, nacional e internacionalmente, descreve a dificuldade dos profissionais em saúde têm com a correta prescrição e a adequada “desprescrição” dos Benzodiazepínicos. Contudo, é necessário atentar que a amostra foi obtida em uma população com total cobertura do Programa Estratégia de Saúde da Família, facilitando a coleta de dados e aumentando a veracidade destes, porém não é a realidade das demais regiões do Brasil e do Mundo, assim, não podemos extrapolar as conclusões para todas regiões sem analisar primeiramente seu contexto social, cultura e o acesso a saúde.¹⁹

Quanto a discrepância entre os valores analisados nos estudos acima e o valor encontrado neste, o maior já relatado, acredita-se que alguns fatores podem estar envolvidos nessa questão, um deles é o maior acesso a saúde que leva os pacientes ao fenômeno conhecido como “over utilização”, o qual poderia desencadear queixas frequentes e sobrecarga dos profissionais da saúde. Este fator, associado a falta de preparo dos profissionais quando falamos em atendimento geriátrico, possivelmente fez com que esta população esteja mais suscetível a prescrição inadequada de medicações. Para tanto, os pesquisadores pretendem discutir com as equipes de saúde da família estudadas e repassar os dados encontrados, realizar ainda, uma formação

relacionada a “desprescrição” de Benzodiazepínicos e entregar a população folhetos explicativos sobre as consequências da utilização dessa medicação a longo prazo pelos idosos. O estudo traz como fator limitante o tamanho da amostra, visto que outros já analisaram populações maiores, podendo essa questão representar um fator de confusão nos resultados. A dificuldade de caracterização do grupo de idosos, limita não apenas esse, mas todo o estudo que busca uma representatividade dessa população, hoje tem-se ciência que o envelhecimento envolve fatores biopsicossociais e que idade numérica não é ponto de corte suficiente para dividir a população adulta da idosa.

Colaboradores

Acadêmica Vanessa Pelicioli

Referências

- ¹ Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard, GO. Tratado de psiquiatria clínica. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
- ² Rang HP, Dale MM. Farmacologia. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
- ³ Andreatini R, Boerngen RL, Zorzetto DF. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. Rev Bras Psiquiatr. 2001; 23 (4): 233-42.
- ⁴ Amaral BDA, Machado KL. Benzodiazepínicos: uso crônico e dependência [internet]. Londrina: Centro Universitário Filadélfia; 2012 [Citado em 20 de abril de 2019]. Disponível em: <http://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000007/000007A8.pdf>
- ⁵ Freitas EV, Py L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- ⁶ Nascimento FTA, Costa ERP, Medeiros GS, Dias JN, Dias VN. Avaliação da funcionalidade de idosos em atendimento ambulatorial. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde; 13 a 15 de junho de 2018; Campina Grande, Paraíba; 2018.
- ⁷ Gorzoni ML, Fabbri RMA, Pires SL. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. Rev Assoc Med Bras. 2012; 58 (4): 442-6.
- ⁸ Souto SMT, Podestá MHMC, Souza WA, Almeida GG. Qualidade de vida de idosos usuários de Benzodiazepínicos. Rev Bras Ciên Saúde. 2017; 15 (52): 97-101
- ⁹ Alvim MM, Cruz DT, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Prevalence of and factors associated with benzodiazepine use in community-resident elderly persons. Rev bras geriatr gerontol. 2017; 20 (4): 463-73.

- ¹⁰ Barbosa EAJ, Marasciulo ACE. Prevalência do uso de Benzodiazepínicos nos idosos residentes na comunidade do Pântano do Sul, em Florianópolis, Santa Catarina [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
- ¹¹ Basile RP. Uma revisão sistemática e metanálise sobre os eventos adversos decorrentes do uso de Benzodiazepínicos dos idosos [dissertação]. São Paulo: University of São Paulo; 2014.
- ¹² Tomaz SAG, Prado PR, Jesus QCF, Costa TS, Vasconcelos CB, et al. Prevalência de quedas em idosos devido ao uso de Benzodiazepínicos e diuréticos. *Rev Uningá*. 2018; 52 (1).
- ¹³ Biblioteca Virtual em Saúde [Internet]. Teste de fagerström. [citado em 21 de abril de 2019]; Disponível em: <<http://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=12>>.
- ¹⁴ Alvarenga JM, Loyola AIF, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchoa E. A population based study on health conditions associated with the use of benzodiazepines among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 (3): 605-12.
- ¹⁵ 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 Intern Med*. 1998; 13 (4): 243-50. doi: 10.1046/j.1525-1497.1998.00074.x. PubMed PMID: 9565387; PubMed Central PMCID: PMC1496936.
- ¹⁶ [Chatterjee D](#), [Iliffe S](#), [Kharicha K](#), [Harari D](#) [Swift C](#), et al. Health risk appraisal in older people 7: long-acting benzodiazepine use in community-dwelling older adults in London. *Prim Health Care Res Dev*. 2017; 18 (3): 253-60.
- ¹⁷ DiNapoli E, Bramoweth A, Cinna C, Kasckow J. Sedative hypnotic use among veterans with a newly reported mental health disorder. *Int Psychogeriatrics*. 2016 28 (8): 1391-8.
- ¹⁸ Lima HSM, Teixeira APC, Oliveira FS. Uso de benzodiazepínicos em idosos: uma revisão integrativa. *Educação, Ciência e Saúde*. 11 de setembro de 2018; 5 (1): 19-88.
- ¹⁹ Estatuto do Idosos 2013, Pub. L. No. 10741. (1 de outubro de 2003)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A devolução de resultados para as Equipes de Saúde da Família de Marau que participaram da pesquisa e a Secretaria de Saúde de Marau, se efetuará no mês de julho de 2019, ou conforme disponibilidade das equipes, caso estas achem necessário será disponibilizado uma oficina de “desprescrição” de Benzodiazepínicos.

Durante a segunda metade do ano de 2019 os dados qualitativos obtidos pela pesquisa serão analisados e organizados na forma de um segundo artigo para posterior publicação, os dados obtidos no estudo qualitativo também serão repassados as Equipes de Saúde da Família.

Quanto ao artigo compondo os dados quantitativos, acima descrito, suas principais limitações envolvem a exigência da revista de o artigo conter apenas quatro tabelas, dificultando a organização dos dados e restringindo o uso de imagens e gráficos, fato que prejudica o “layout” do artigo. A falta de prática da autora principal quanto a elaboração de artigos científicos deve ser apontada. Para tanto, o Trabalho de Conclusão de Curso oportunizou a experiência na área da pesquisa, agregando diferencial a formação e despertando inclinação dos acadêmicos essa área, tão essencial nas Ciências da Saúde.

5. ANEXOS

ANEXO 1. Termo de ciência do volume final do TCC

Ministério da Educação
Universidade Federal da Fronteira Sul
Campus Passo Fundo, RS
Curso de Graduação em Medicina



TERMO DE CIÊNCIA DO VOLUME FINAL DO TCC

Eu, professor(a) Daniela Teixeira Borges, declaro ter conferido as correções realizadas no artigo científico, conforme sugestão da Comissão Examinadora. Declaro também que estou ciente do conteúdo que compõe o volume final do TCC do Acadêmico Priscila Sabrina Post.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Passo Fundo, 27 de junho de 2019.

Assinatura do(a) Orientador(a)